

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

20

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger DEPARDIEU

Né le 27 mars 1911, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Quelques Observations
d'Interventions chirurgicales
chez les Hémophiles

Président : M. CLERC, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger DEPARDIEU

Né le 27 mars 1914, à Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Quelques Observations
d'Interventions chirurgicales
chez les Hémophiles

Président : M. CLERC, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

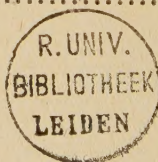
1936

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	BERGENT.
Clinique de la tuberculose	SEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ABRAMI. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUÉNU. SCHWARTZ. VELTER.	Clinique chirurgicale.
MM. ÉCALLE. GUÉNIOT. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

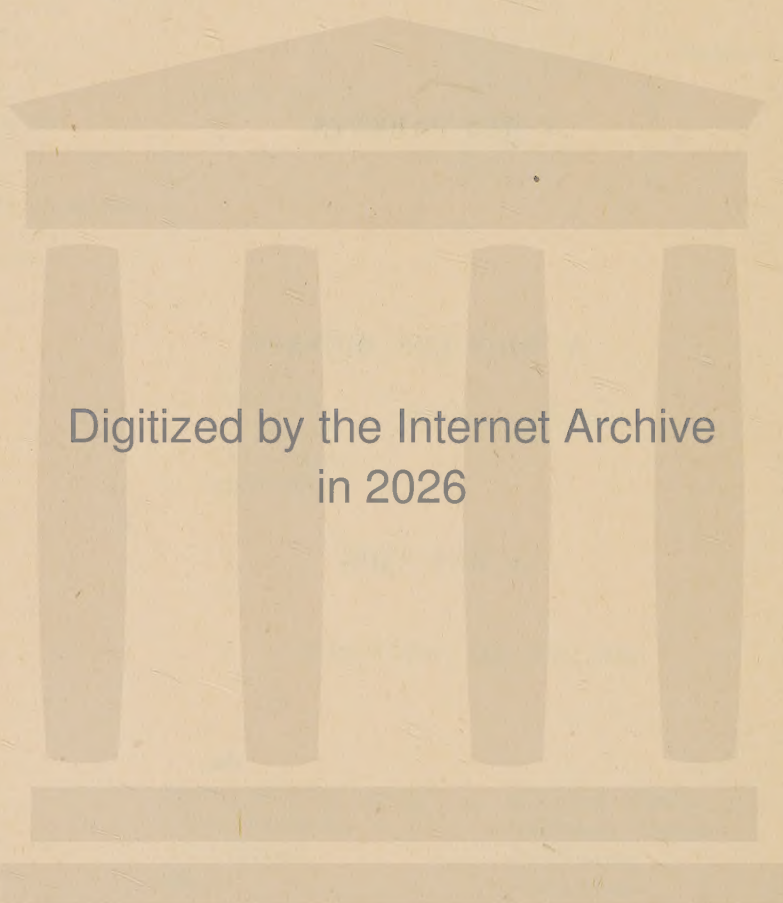
MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552214_0022

A M. LE PROFESSEUR CLERC

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

En respectueux hommage de reconnaissance pour le très grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR P.-ÉMILE WEIL

Médecin de l'Hôpital Tenon

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
m'a guidé de ses précieux conseils.*

Témoignage respectueux de vive reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR ISCH-WALL

Assistant de M. le Docteur P.-Emile Weil

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

M. LE PROFESSEUR LESNÉ

Externat :

M. LE DOCTEUR PRUVOST

M. LE DOCTEUR BASCH

M. LE DOCTEUR P.-ÉMILE WEIL

M. LE DOCTEUR LEMELAND

Quelques Observations d'Interventions chirurgicales chez les Hémophiles

Introduction.

En 1907, A. Broca, rapportant à la Société de Chirurgie les résultats obtenus dans les interventions chirurgicales pratiquées chez les hémophiles, concluait : « Ces faits me semblent intéressants de façon réelle et nous donnent une arme contre une affection qui nous a trouvés jusqu'ici démunis. Sans doute, je n'irai pas, me fiant pleinement à la valeur de la méthode préventive, pratiquer chez un hémophile important une opération qui ne serait pas indispensable. Mais, si j'étais forcé de lui faire une cure de hernie étranglée, d'inciser un phlegmon périnéphrétique, d'opérer une appendicite, je n'hésiterais pas à y avoir recours. »

En 1905, le Dr P.-Emile Weil publiait ses premiers travaux sur l'hémophilie et apportait une méthode préventive et curative des hémorragies hémophiliques. Il montrait en effet que la grande incoagulabilité sanguine, caractéristique de cette affection, peut être corrigée, en partie ou totalement, par l'adjonction *in vitro* au sang hémophile d'une petite quantité de sérum sanguin frais, humain ou animal, et que l'in-

jection intraveineuse ou sous-cutanée de 20 à 40 cmc. de sérum sanguin amène une correction partielle ou totale de cette incoagulabilité pendant un certain temps.

Au point de vue clinique, cette thérapeutique possède une action préventive et curative sur les hémorragies.

De plus, le sérum sanguin, en application directe sur les plaies, possède une action hémostatique locale encore plus efficace que son action générale. Mais l'hémostase n'est immédiate et définitive que si le pansement est fait convenablement et avec des précautions spéciales.

En 1922, Feissly montrait que la transfusion sanguine donnait également *in vivo* une correction importante du vice hémophilique du sang.

Nous avons voulu, sous la direction de notre maître le D^r P.-Emile Weil, rapporter les résultats que ces méthodes, injections de sérum sanguin et transfusion, ont donnés au point de vue clinique dans l'hémophilie, et ce qu'on peut en attendre dans les interventions chirurgicales nécessaires chez ces malades.

Dans une première partie, nous envisagerons l'action préventive de ces méthodes euthrombasiques :

- 1^o Dans les interventions dentaires ;
- 2^o En chirurgie oto-rhino-laryngologique ;
- 3^o En chirurgie gastrique ;
- 4^o En chirurgie hépatique ;
- 5^o Dans la splénectomie.

Dans une seconde partie, nous rapporterons quelques observations concernant l'action curative de ces méthodes et la chirurgie des complications hémophiliques.

PREMIÈRE PARTIE

Action préventive de ces méthodes euthrombasiques.

L'injection de 20 à 40 cmc. de sérum sanguin faite la veille de l'intervention, la transfusion de 200 à 300 cmc. de sang une heure avant l'opération, préviennent les hémorragies post-opératoires.

Il en est ainsi, tout au moins, dans les opérations bien réglées, et si le chirurgien se donne la peine de faire une hémostase soigneuse, portant même sur les petites veines. Mais dans les opérations qui lèsent les tissus comme en chirurgie dentaire, ou qui ne permettent pas d'hémostase comme en chirurgie rhinologique, ou encore dans celles où on ne peut refermer la plaie par suite d'un drainage, il n'y aura pas d'hémorragie immédiate grâce à la transfusion, mais des hémorragies se produiront secondairement, quand la correction des lésions sanguines aura cessé. Aussi doit-on redouter tout spécialement les avulsions dentaires et les incisions d'abcès chez les hémophiles.

Mais ce n'est plus parce qu'un malade présente une forme hémorragique grave, avec un grand retard de

coagulation (12, 24 heures), que le chirurgien doit appréhender l'intervention. Il ne peut et ne doit intervenir que si le malade est docile et possède de belles veines qui permettront de faire autant de transfusions qu'il aura d'hémorragies secondaires, afin de les arrêter et de remplir ses vaisseaux de sang neuf.

La première observation de chirurgie dentaire, que nous rapportons, montre, à elle seule, que les possibilités d'intervention chez les hémophiles sont pratiquement sans limites.

I. — *Hémophilie et interventions dentaires.*

OBSERVATION I.

P... Henri, 13 ans.

Hémophile sporadique suivi par le Dr P.-E. Weil depuis décembre 1929.

Antécédents : Début des accidents hémophiliques à 5 mois par une hémorragie de 36 heures après section du filet de la langue.

A 2 ans, hématome traumatique de la région frontale.

A 7 ans, à la suite d'un choc sur le mollet droit, gros hématome du triceps sural. Immobilisation prolongée, ayant laissé une atrophie considérable du mollet, avec rétraction tendineuse et pied tombant.

Epistaxis, ecchymoses, gingivorragies spontanées très fréquentes et très abondantes. Ne saigne pas de façon prolongée à la coupure.

Hémarthroses multiples.

En février 1930, hémarthroses du genou et du coude gauches, gonflement de la cuisse.

En mars 1930, hémarthrose du coude droit.

Après une chute, large ecchymose de la face postérieure de la cuisse gauche.

En mai 1930, ecchymose traumatique du scrotum.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Examen du sang :

Temps de saignement : 3 minutes.

Temps de coagulation : non coagulé après 8 heures.

Sédimentation de moitié.

Rétraction faible.

Sérum normal.

Signe du lacet : négatif.

B. W. = 0 Groupe II.

Evolution : Le petit malade a des dents en très mauvais état, et il souffre de ses deux premières molaires inférieure et supérieure gauches.

On décide de pratiquer l'extraction de ces deux dents, en même temps que celle des racines d'une dent de lait du même côté.

Le 19 mai, le malade entre donc dans le service du Dr P.-E. Weil pour se faire mettre la bouche en état, mais il est très fatigué et se plaint du genou gauche, du coude droit et de la fesse droite.

Les deux articulations sont douloureuses et gonflées, avec grosse limitation des mouvements. La région lombaire droite est très douloureuse.

On décide alors de surseoir à l'extraction dentaire.

Le 27 mai 1930, une heure après une transfusion de

200 cmc. de sang maternel (groupe II), on pratique l'extraction des racines des première et seconde molaires inférieures gauches et de la première molaire supérieure gauche. Seule cette dernière nécessite l'emploi d'un davier.

Pas d'hémorragie immédiate, seulement un très léger suintement sanguin.

Le 28 mai au matin, l'hémorragie est arrêtée, mais elle reprend vers 10 heures. Après lavage au sérum physiologique, on applique un tampon d'ouate imbibé de sérum antidiphthérique. Transfusion de 400 cmc.

Le 29, petit suintement sanguin très léger.

Seize heures après la transfusion un examen de sang montre :

G. R. : 3.180.000

G. B. : 15.300

Dans la nuit du 29 au 30, reprise de l'hémorragie.

Le pouls est petit, incomptable.

On fait d'urgence une transfusion de 400 cmc.

Le 30 au matin, l'hémorragie a cessé. Pouls à 104.

Le 31, le malade a encore un peu saigné dans la nuit.

Un nouveau tamponnement après lavage au sérum physiologique arrête l'hémorragie, mais elle reprend dans l'après-midi.

Globules rouges.....	2.240.000
Hémoglobine.....	40
Globules blancs.....	15.000
Valeur globulaire.....	0,9

Le 1^{er} juin, l'hémorragie persiste, peu abondante, mais peu influencée par les applications de sérum antidiphthérique.

Nouvelle transfusion de 250 cmc.

Le 2 juin, curettage alvéolaire, avec ablation de débris du rebord de l'alvéole. Lavage, tamponnement.

L'hémorragie cesse après transfusion de 200 cmc.

G. R. : 1.850.000	G. B. : 18.800
H. : 30	V. G. : 0,8

Le 3 juin, nouveau lavage et tamponnement.

L'hémorragie persiste très légère et ne s'arrête qu'après un second tamponnement.

Le 4 juin, petite hémorragie continue. Légère épistaxis. Lavage, tamponnement.

G. R. : 2.020.000	G. B. : 18.000
H. : 33	V. G. : 0,8

Le 5 juin, petite hémorragie persistante.

Lavage, tamponnement à l'hémostyl.

Arrêt complet de l'hémorragie.

G. R. : 1.940.000	G. B. : 11.000
H. : 35	V. G. : 0,9

Le 6 juin, hémorragie persistante.

Lavage, tamponnement.

G. R. : 1.850.000	G. B. : 12.400
H. : 35	V. G. : 1,3

Nouvelle transfusion de 250 cmc.

Le 7 juin, hémorragie continue : mêmes soins locaux.

G. R. : 2.470.000	G. B. : 20.000
H. : 40	V. G. : 0,8

Le 8, l'hémorragie est moins importante. Pouls calme.

Le 9, l'hémorragie reprend dans la matinée, mais s'arrête après un curettage alvéolaire qui ramène quelques petites esquilles osseuses.

Le soir vers 20 h., collapsus. Pouls petit, incomptable

Transfusion de 250 cmc.

Après lavage et tamponnement à deux reprises, l'hémorragie continue. Le sang vient en petit jet saccadé.

Le 10, l'hémorragie a cessé dans la nuit pour reprendre le matin de plus belle :

G. R. : 2.110.000	G. B. : 16.000
H. : 35	V. G. : 0,8

Lavage, tamponnement.

Le 11, nouvelle hémorragie.

G. R. : 1.670.000	G. B. : 14.600
H. : 30	V. G. : 0,9

Le 12, petite hémorragie persistante : tamponnement.

G. R. : 1.280.000	G. B. : 21.800
H. : 30	V. G. : 1,1

Transfusion de 220 cmc.

Le 13, nouvelle hémorragie. L'alvéole est complètement cicatrisé. Le sang provient d'un petit bourgeon charnu au bord antérieur de l'alvéole.

Tamponnement au sérum antidiphtérique.

G. R. : 1.410.000	G. B. : 15.000
H. : 30	V. G. : 1,06

Le 14, l'hémorragie est arrêtée définitivement.

G. R. : 1.210.000	G. B. : 9.000
H. : 30	V. G. : 1,2

L'anémie se répare alors progressivement et le malade peut quitter le service le 25 juin avec :

G. R. : 3.480.000	G. B. : 11.300
H. : 45	V. G. : 0,65

En résumé, ce jeune malade a subi avec ses trois

avulsions dentaires une opération plus sérieuse que n'importe quelle opération réglée.

Deux chicots bien enlevés n'ont pas causé d'hémorragie après transfusion ; le troisième, dont l'extraction nécessita l'emploi d'un davier qui blessa l'alvéole, fut cause des pertes sanguines, et elles auraient certainement amené la mort sans la répétition des transfusions, qui seules ont permis d'attendre l'hémostase.

Le Dr P.-E. Weil n'a d'ailleurs conseillé l'intervention qu'en raison de la docilité de l'enfant et de l'état de ses veines, qui lui permirent de recevoir huit transfusions, soit plus de 2 litres de sang, tant pour le soutenir que pour corriger son énorme retard de coagulation.

Les suites opératoires auraient été probablement meilleures si on n'avait pas enlevé trois chicots dont deux se faisaient vis-à-vis, ce qui gênait pour faire un pansement compressif convenable.

OBSERVATION II.

Cette observation est celle du malade, hémophile sporadique, qui servit, en 1905, au Dr P.-E. Weil pour ses premiers essais d'injection de sérum sanguin dans les états hémorragipares.

A l'époque, elle montrait déjà l'action préventive et curative du sérum sanguin dans l'hémophilie.

E..., 45 ans, cuisinier, entre le 17 mai 1905, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Galliard-Lacombe, pour

une hémorragie qui dure depuis huit jours à la suite de l'avulsion de trois grosses molaires.

Antécédents : Hémorragies provoquées à la suite de coupures ou de plaies depuis toujours.

A 9 ans, hémorragie d'une journée après avulsion dentaire.

A 11 ans, nouvelle hémorragie de deux jours pour la même cause.

A 34 ans, une autre hémorragie analogue.

Il y a deux ans, une coupure au pouce a saigné pendant cinq jours.

Aucune hémorragie spontanée des muqueuses et des téguments.

Il y a huit ans, trois coliques hépatiques dont l'une a été suivie d'ictère pendant une huitaine de jours.

Il y a dix ans, syphilis traitée pendant trois ans avec du mercure et dont on retrouve la trace avec la cicatrice du chancre.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Evolution : Le malade est d'une pâleur intense.

La bouche est pleine de caillots sanguins, surtout au niveau de la plaie, au maxillaire supérieur droit.

L'examen général ne révèle qu'un souffle extra-cardiaque en dedans de la pointe.

Examen de sang du 19 mai :

G. R. : 2.280.000 H. : 60 G. B. : 9.500

Le 20 mai, à la suite de l'ingestion de 6 gr. de chlorure de calcium par jour, et d'attouchements à l'adrénaline, l'hémorragie gingivale s'arrête.

Le malade commence à s'alimenter, et il sort de l'hôpital le 30 mai.

Bien qu'il ait repris son travail, l'anémie se répare vite, grâce à un traitement par le fer et l'arsenic.

Le 6 juin,

G. R. : 2.780.000

H. : 70

G. B. : 2.600

Le 5 juillet,

4.460.000

75

4.000

Poikilocytose et polychromatophilie légère.

√ Anisocytose et anisochromie.

Pas de globules rouges nucléés.

Hématoblastes nombreux et normaux.

ETUDE DE LA COAGULATION SANGUINE

Sang digital :

19 mai 1905 :

Coagulation plasmatique commence à la 23^e minute, s'achève rapidement après sédimentation des globules rouges. Rétraction lente du caillot après deux heures. Sérum normal.

24 mai :

Même type de coagulation.

La coagulation va de la 25^e à la 75^e minute. Rétraction au bout de 14 heures. Sérum normal.

(L'hémorragie a cessé le 20 mai.)

2 juin :

Coagulation plasmatique de la 20^e à la 25^e minute. Rétraction lente. Pas de sérum exsudé.

6 juin, injection de 15 cmc.
de sérum de bœuf.

8 juin, la piqûre du doigt fournit du sang qui s'arrête spontanément de couler au bout de 3 minutes. Caillot rouge normal avec rétraction et exsudation normales de sérum.

14 juin, arrêt spontané de l'hémorragie qui est assez abondante.

In vitro, coagulation à la 7^e minute. Caillot se rétracte et exsudation à la 15^e minute. Pas de sédimentation.

14 juin, injection intraveineuse de 10 cmc. de sérum humain.

19 juin, on obtient difficilement du sang au doigt par piqûre, à peine une dizaine de gouttes. Coagulation presque immédiate, le lendemain traces de sérum.

5 juillet, écoulement plus facile. Coagulation en 6 à 10 minutes, sans sédimentation.

Rétraction à la 20^e minute. Sérum normal.

Coagulation en 5 à 10 minutes.

Sédimentation des globules rouges à peine ébauchée.

Rétraction du caillot au bout de deux heures.

Sérum normal.

Coagulation commencée à la 10^e minute, se termine à la 20^e.

Imperceptible couenne blanchâtre.

Exsudation et rétraction normales à la 35^e minute.

Le sang s'écoule plus lentement à travers l'aiguille piquée dans la veine. On ne peut en recueillir que 2 tubes de 3 cmc., tandis qu'auparavant on en obtenait indéfiniment. Le sang se coagule spontanément dans l'aiguille.

In vitro, coagulation normale entre 6 et 12 minutes sans sédimentation. Rétraction et exsudation normales.

Ecoulement plus facile. Coagulation sans sédimentation entre la 6^e et 30^e minute.

Exsudation à la 65^e minute dans le tube n° 2, au bout de

2 heures dans deux autres.
Rétraction normale.

29 juillet, écoulement plus facile. Coagulation à la 8^e minute sans sédimentation. Exsudation à la 45^e minute. Sérum normal.

Ecoulement plus facile.
Coagulation sans sédimentation commence à la 20^e minute, se termine à la 45^e.

Exsudation de sérum commence aussitôt. Rétraction normale.

31 juillet, écoulement plus facile. Coagulation sans sédimentation de la 20^e à la 35^e minute. Exsudation à la 55^e. Caillot friable. Sérum normal.

Coagulation commence sans sédimentation à la 25^e minute, se termine à la 55^e.

Le caillot se rétracte mal d'abord ; le lendemain, beaucoup de globules rouges se sont détachés du caillot et sont tombés au fond du tube. Sérum normal.

31 juillet, injection intraveineuse de 15 cmc. de sérum de bœuf.

7 août, il faut 3 piqûres pour obtenir du sang qui s'écoule péniblement. Coagulation *in vitro* en 15 minutes. Pas d'exsudation de sérum.

Ecoulement plus lent. L'aiguille se bouche après un écoulement de 5 cmc. *In vitro*, coagulation à la 8^e minute sans sédimentation, se termine à la 25^e. Caillot légèrement friable. Rétraction et exsudation normales.

Le 25 août, 25 jours après la dernière injection de sérum sanguin, le malade a subi l'avulsion d'une nouvelle dent, et la perte de sang, pour la première fois de sa vie, n'a été ni plus longue ni plus forte que celle d'un homme normal.

En 1906, E..., bien portant, a pu exercer son métier. En septembre, le malade vient nous voir, et nous trouvons que son sang présente toujours des anomalies de la coagulation, dont l'intensité n'est pas très marquée.

OBSERVATION III.

J... André, 19 ans.

Hémophile sporadique suivi par le Dr P.-E. Weil, depuis mai 1930.

Antécédents : Epistaxis spontanées fréquentes et abondantes depuis sa naissance.

Grosse hémorragie par coupure d'une lèvre.

Gros hématome frontal traumatique qui s'est ouvert spontanément.

Gingivorragies répétées.

A 17 ans, hémarthrose du genou droit prise pour une tumeur blanche, traitée par immobilisation dans le plâtre pendant 8 mois.

En mai 1930, une hémarthrose énorme du genou gauche pour laquelle le malade est venu consulter.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Examen du sang : Temps de saignement : $5' \frac{1}{2}$ - $3' \frac{1}{2}$.

Temps de coagulation : début en 3 h. 22, fin en 4 h. 15 après sédimentation de moitié.

Rétraction faible. Sérum normal.

Signe du lacet : négatif.

Evolution : Le malade revient dans le service le 2 janvier 1932, pour une hémorragie dentaire spontanée. Cette hémorragie vient du septum interdentaire au niveau de la

deuxième grosse molaire supérieure droite, qui présente une volumineuse carie médio-triturante.

Un lavage au sérum physiologique et un tamponnement au sérum antidiphthérique font cesser l'hémorragie. On décide alors l'extraction de cette dent et, le 8 janvier, en vue de l'intervention, on pratique une transfusion de 250 cmc. On procède à l'extraction 1/2 heure plus tard, à l'élévateur, *sans* anesthésie. Pas d'hémorragie, seulement un léger suintement sanguin.

On fait deux fois par jour des pansements locaux au sérum antidiphthérique.

Le suintement cesse le 14 janvier, et le malade sort le 17, sans avoir eu d'hémorragie, et en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION IV.

S... Henri, 39 ans, représentant de commerce.

Le 27 novembre 1933, le malade entre dans le service du Dr P.-E. Weil pour une hémorragie dentaire qui dure déjà depuis quinze jours. Cette hémorragie provient de la seconde molaire inférieure gauche qui s'est déplombée spontanément.

A la suite est apparu un ostéophlegmon, et quatre jours après une tuméfaction qui a tout d'abord recouvert la partie inférieure de la joue gauche, puis cette joue tout entière. Elle s'effaça bientôt, mais la région cervicale du côté gauche se tuméfia à son tour, ainsi que la partie supérieure du thorax.

Une dizaine de jours plus tard, la partie interne des premiers espaces intercostaux et la région sternale supérieure présentaient de larges ecchymoses qui persistent encore actuellement.

L'ouverture de l'abcès s'est faite cinq jours après le début des phénomènes douloureux : pus peu abondant.

La température tomba de 40° à 37° en quelques jours et les phénomènes douloureux disparurent progressivement.

Huit jours après cette ouverture spontanée, hémorragie dentaire abondante et continue pendant 3 jours mais qui a diminué depuis deux jours.

Antécédents personnels : A 8 ans, volumineux hématome frontal traumatique qui s'est ouvert au bout de 15 jours, causant une hémorragie qui a duré 3 jours et nécessitant une régularisation et une suture.

A 15 ans, hémorragie après avulsion dentaire.

A 19 ans, une chute de cheval détermine une fracture des os propres du nez et une plaie de l'arcade sourcilière. Le malade a eu, à ce moment, une hémorragie nasale qui a duré 15 jours et il est resté 3 mois 1/2 à l'hôpital.

Enfin des hémarthroses récidivantes, une hématurie, une hémorragie rectale, et des ecchymoses couvrant parfois tout un membre.

Antécédents héréditaires et familiaux : Un oncle maternel hémophile est mort de tuberculose pulmonaire à 20 ans.

A l'examen : la seconde molaire inférieure gauche présente une carie importante et profonde.

L'hémorragie se fait par la plaie d'ouverture du phlegmon dans le sillon gingivo-lingual. Les parties environnantes sont encore œdématiées et sensibles.

Examen du sang :

T. S. : 4' $\frac{1}{2}$ -2' $\frac{1}{2}$.

T. C. : début en 22', fin en 45'.

Coagulation plasmatique.

Rétraction moyenne, émiettement léger du caillot.

Sérum jaune.

Signe du lacet : négatif.

Evolution : Le 29 novembre, en vue de l'extraction dentaire, transfusion de 300 cmc. L'avulsion est pratiquée à 11 h. 30.

L'hémorragie apparaît à 14 h., plus abondante à partir de 19 h.

Le 30, à 6 h. du matin, transfusion de 400 cmc. et tamponnement.

L'hémorragie s'arrête un moment mais reparait continue.

Le malade est fatigué. On lui fait 2 injections d'an-thema et on lui donne une ampoule d'arrhemapectine et une potion avec 4 gr. de chlorure de calcium.

Température à 38°5. Pouls petit à 92.

Le 2 décembre 1933, l'hémorragie reprend à 18 h. et continue légère jusqu'au lendemain dans l'après-midi, arrêtée seulement par un nouveau tamponnement.

Le 3 décembre, un examen de sang montre :

G. R. : 4.350.000	G. B. : 6.800
H. : 75	V. G : 0,8

Le 4, en enlevant le tamponnement, on détermine un léger saignement vite tari.

Le malade quitte le service en excellent état le 16 décembre.

OBSERVATION V.

D... Jean, 22 ans.

Suivi par le Dr P.-E. Weil depuis le 18 janvier 1933.

Antécédents : Début des accidents hémophiliques vers l'âge de 3 ans par des épistaxis abondantes.

Hémorragies à la chute de ses dents de lait ; à la suite de coupures insignifiantes.

Ecchymoses au moindre choc.

Hémorragies dentaires fréquentes.

A 13 ans, hémarthroses des deux genoux.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Examen du sang :

T. S. : 8'-2' $\frac{1}{2}$.

T. C. : Début en 2 h. 30, fin en 4 h. après sédimentation d'un quart.

Signe du lacet : négatif.

Evolution : Le malade a des dents en mauvais état et on décide de les lui enlever après traitement préalable. Il reçoit donc 5 cmc. de sérum humain le 23 janvier, ainsi que le 1^{er} février 1933.

Le 2 février, on lui enlève une dent par trépanation. L'hémorragie est importante, mais vite arrêtée par un tamponnement au sérum antidiphthérique ; mais elle reprend dans la nuit et, le lendemain dans la matinée, oblige à lui faire une transfusion de 300 cmc. (groupe IV) et plusieurs tamponnements.

Le 4, devant la persistance de l'hémorragie, nouvelle transfusion de 400 cmc.

Le 5, injection d'antheta.

Le 6, transfusion de 300 cmc. motivée par l'état anémique du malade.

Le 7, l'hémorragie a cessé.

Le 8, elle semble tout à fait arrêtée et on enlève le tampon.

Aussitôt le malade se remet à saigner avec abondance. Transfusion de 250 cmc.

Le lendemain, 9 février, l'hémorragie a cessé et le malade se trouve bien.

Le 12, il reçoit son injection de sérum humain.

Le 14, l'hémorragie reparaît dans l'après-midi, nécessitant une nouvelle transfusion de 200 cmc. qui en vient à bout définitivement.

II. — *Hémophilie et chirurgie oto-rhino-laryngologique.*

La correction du vice hémophilique du sang a autant d'importance en chirurgie rhinologique qu'en chirurgie dentaire, les opérations de gorge et de nez ne permettant pas d'hémostase.

Les malades atteints de diathèse hémorragique peuvent ainsi faire à leur suite de grandes hémorragies d'arrêt difficile.

Chaque fois que l'on soupçonnera une tendance hémorragique, il conviendra donc de rechercher les troubles sanguins au moyen des trois épreuves : temps de coagulation, temps de saignement, signe du lacet.

On pratiquera, si c'est nécessaire et selon l'importance des lésions sanguines constatées, une injection de sérum sanguin ou une transfusion.

Par contre, on pourra en toute tranquillité s'en abstenir, si le sang se montre normal.

OBSERVATION I (D^r P.-E. Weil).

Amygdalectomie et végétations adénoïdes.

X..., 8 ans, hémophile familial.

L'examen du sang montre :

T. S. : 3'.

T. C. : 1 h. 1/4. Bonne rétraction du caillot.

Sérum normal.

Signe du lacet : positif.

Le malade est opéré après avoir reçu, la veille, une injection sous-cutanée de 20 cmc. de sérum antidiphtérique.

Aucune hémorragie immédiate ou secondaire.

OBSERVATION II (D^r P.-E. Weil).

Sinusite suppurée.

Il s'agit d'un hémophilo-hémogénique au long passé hémorragique.

Le retard de coagulation est de 45 minutes.

Le malade est opéré après transfusion préalable de 250 cmc.

Aucune hémorragie immédiate ou secondaire.

OBSERVATION III (D^r P.-E. Weil).

Sinusite suppurée.

Dans ce cas, l'opération peut être faite, sans hémorragie immédiate, après transfusion, chez un malade de 46 ans, qui avait déjà saigné abondamment dans diverses opérations.

Le retard de coagulation était de 30 à 45 minutes avec mauvaise rétraction du caillot.

III. — *Hémophilie et chirurgie gastrique.*

Nous n'apportons qu'une observation, celle d'un hémophilo-hémogénique non familial que le Dr P.-E. Weil a fait opérer pour un ulcus pylorique qui donnait lieu à des hémorragies particulièrement nombreuses et abondantes.

Le Dr P.-E. Weil a eu l'occasion de suivre pendant un an un premier cas. Il s'agissait d'un hémophile atteint d'un ulcère d'estomac, net cliniquement et radiologiquement, qui, tous les trois mois environ, déterminait des hémorragies formidables.

Ce malade ne voulait ni se soigner préventivement, ni se laisser opérer, si bien qu'un jour il entra dans un autre service que le sien, où il ne fut pas transfusé, et mourut d'hémorragie.

Le Dr P.-E. Weil s'était alors promis de faire opérer sans hésitation un semblable malade s'il lui était donné d'en observer.

OBSERVATION.

G... Louis, 23 ans, monteur en T. S. F. Consulte dans le service du Dr P.-E. Weil le 3 janvier 1927.

Antécédents : Présente depuis l'âge de 4 ou 5 ans, à de multiples reprises, des hématémèses et des méléna..

A 17 ans, hémarthrose de la hanche gauche après une chute.

Hématomes lors d'opérations de hernies.

A 18 ans, hématomèse de sang rouge, de moyenne abondance, suivie de méléna.

Hémarthroses spontanées des deux genoux.

A 20 ans, nouvelle hématomèse de sang rouge, très abondante, avec méléna.

On reconnaît alors qu'il est hémophile.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Les examens cliniques et radiologiques mettent en évidence un ulcus duodéno-pylorique.

Examen du sang :

T. S. : 3'-2'.

T. C. : Début en 20', fin en 1 h. 45 après très légère sédimentation. Pas de rétraction du caillot.

Signe du lacet : négatif.

G. R. : 4.500.000	Polyneutros	76	
H. : 75	Mononucléaires . . .	15	B.-W. = 0.
G. B. : 4.600	Lymphocytes	9	
V. G. : 0,8	200.000 hématoblastes		

Le 25 janvier 1927 :

T. S. : 6'-3' $\frac{1}{2}$ -7' $\frac{1}{2}$.

T. C. : Début en 35', fin en 1 h. 25, trace de sédimentation. Rétraction faible. Sérum normal.

Le 5 février 1927, deux heures après transfusion de 250 cmc. (groupe IV), il est opéré par le Professeur Grégoire qui trouve une cicatrice d'ulcus duodénal et pratique une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Dans la nuit, le malade a quelques vomissements de sang noir. Le lendemain, le pansement est plein de sang. On le renouvelle et on lui fait une injection d'antheta.

Mais l'hémorragie de la plaie opératoire persiste, et on doit encore changer le pansement. Le suintement sanguin s'arrête en quelques jours.

Le 6^e jour, dans la soirée, céphalée intense, fatigue.

Le lendemain, en se levant, syncope de quelques secondes.

Le soir même, méléna.

Le lendemain, 15 février, le malade revient dans le service du Dr P.-E. Weil.

Il est extrêmement pâle. Ses muqueuses sont décolorées. Somnolence.

Un examen de sang montre :

G. R. : 2.450.000	Polynutros.....	73	2 globules
H. : 40	Eosinos.....	0,5	rouges
G. B. : 8.300	Grands monos....	5	nucléés
V. G. : 0,8	Moyens monos....	12	pour
	Lymphos.....	4,5	100 leu-
	Métamyélocytes...	3	cocytes
	Myélos neutros...	2	

On fait alors une transfusion de 200 cmc. qui remonte le malade.

Examen du sang du 21 mars 1927 :

T. S. : 2'-2'½.

T. C. : Trace de sédimentation.

Début en 15', fin en 27' et 58'.

Trace de rétraction. Sérum normal.

G. R. : 3.300.000	Polynutros.....	78
H. : 40	Polyéosinos.....	2
G. B. : 5.900	Lymphos.....	3
V. G. : 0,6	Moyens monos....	7
	Grands monos....	4
	Myélocytes	1
	Métamyélocytes....	5

Le malade quitte le service le 28 mars en excellent état.

IV. — *Hémophilie et chirurgie hépatique.*

Les malades atteints de lithiasé biliaire ou de cholécystites présentent le plus souvent le syndrome hémogénique sanguin et capillaire, mais aussi un retard au moins léger de la coagulation.

Parfois ce retard de coagulation est fort et peut prédominer ou même s'observer seul. En tout cas, la transfusion met à l'abri des complications hémorragiques, toujours si redoutées en chirurgie hépatique.

Ce seul cas, observé par les D^{rs}. P.-E. Weil et Stieffel, en montre toute l'efficacité.

OBSERVATION.

La malade, âgée de 27 ans, était atteinte d'un ictère intense, fébrile et douloureux, datant de deux mois, sans rémission. Cet ictère était dû à une lithiasé infectée du cholédoque. Les antécédents lithiasiques étaient indéniables, prouvés l'année précédente par une colique hépatique survenue à la suite d'un retour de couches. La fièvre bilio-septique avait compliqué l'arrêt du calcul depuis 6 semaines, et la malade, fébrile, anémiée, amaigrie, semblait en danger.

Le Professeur Grégoire n'osait l'opérer à cause d'un état hémorragique marqué. La malade avait des épistaxis, des gingivorragies ; ses cuisses présentaient de larges ecchymoses consécutives à des injections sous-cutanées, et il y avait de nombreuses taches de purpura

dans tous les points où le prurit ictérique avait poussé la malade à se gratter.

Un examen de la coagulation sanguine fournit les renseignements suivants : le sang pris à la veine ne s'était pas coagulé au bout de trois jours, le plasma jaune restant au bout de ce temps absolument liquide. Ce sang se coagula de façon rapide par l'adjonction d'une goutte de sérum frais humain.

Le temps de saignement était normal : 2' $\frac{1}{2}$ et 4' $\frac{1}{2}$, mais la petite plaie de l'oreille se remit à saigner au bout d'une heure et saigna sans arrêt pendant un jour.

G. R. : 1.900.000	Polyneutros	91	
H. : 45	Polyéosinos	1	90.000 héma-
G. B. : 13.000	Mononucléaires .	7	toblastes.
V. G. : 1,18	Myélosneutros . .	1	

La malade est mise alors au goutte à goutte sucré urotropiné, alimentée plus largement, et reçoit le 3 novembre 1925 une transfusion de 300 cmc. de sang.

Deux heures après la transfusion, le sang se coagule en 15 minutes et la rétraction du caillot est meilleure.

Le 5 novembre, la malade se sent mieux, le teint est plus coloré.

T. S. : 11'-6'-7'.

La coagulation s'opère après sédimentation en 1 h. 13, assez bonne rétraction du caillot, sérum jaune.

La malade n'a plus eu d'hémorragies, la diurèse est plus forte, et la température a tendance à se régulariser.

Le 6 novembre :

T. S. : 14'.

T. C. : 1 h. 17.

Le 9 novembre :

G. R. : 2.300.000	Polyneutros.....	75
H. : 45	Polyéosinos.....	2
G. B. : 6.800	Lymphos.....	3
V. G. : 1	Mononucléaires....	18
	Macrophages.....	2

Le 11 novembre, deuxième transfusion de 350 cmc.

Réaction fébrile consécutive.

Le 12, T. S. : 4' $\frac{1}{2}$ - 5'.

Coagulation plasmatique en 45' sans rétraction du caillot.

Sérum jaune.

Le 16, T. S. : 9' $\frac{1}{2}$.

Coagulation plasmatique en 2 h. 15 sans rétraction du caillot.

G. R. : 3.570.000	Polyneutros.....	67
H. : 60	Polyéosinos.....	1
G. B. : 6.200	Lymphos.....	4
	Mononucléaires ...	21
	Macrophages.....	1
	Métamyélos.....	2
	Myélocytes.....	4

La malade est toujours aussi jaune, avec des selles décolorées, mais son poids est stationnaire à 58 kgs, n'a plus de fièvre, et urine bien pendant les quinze jours du traitement.

Le 24, la coagulation ne met plus que 30' à s'opérer, avec un caillot peu rétractile.

Le 25, après une transfusion de 250 cmc., la malade est opérée par le Professeur Grégoire qui pratique une cholédocotomie et draine les voies biliaires, après avoir retiré douze calculs de la vésicule et un volumineux du cholé-

doque. Aucune hémorragie. Suites opératoires excellentes
Chute de la température au 2^e jour. Ecoulement de bile
important.

Le 2 décembre, veille de l'ablation du drain, on fait un
examen de sang pour savoir s'il faut renouveler la trans-
fusion afin d'éviter l'hémorragie secondaire.

T. S. : 1' $\frac{1}{2}$.

Coagulation en 13' avec trace de sédimentation.

Rétraction faible. Sérum jaune.

G. R. : 4.000.000	Polyneutros.	69
H. : 80	Polyéosinos.	1
G. B. : 10.000	Lymphos.	4
	Mononucléaires.	25
	Macrophages.	3

La transfusion est jugée inutile.

Le 3 décembre, ablation du drain et des compresses
sans incident.

Le 8 : T. S. : 6' $\frac{1}{2}$.

Coagulation sans rétraction du caillot en 5'.

G. R. : 4.800.000 H. : 90 G. B. : 8.000

La malade, toujours amaigrie, n'est presque plus jaune,
se trouve bien, s'alimente et ses selles se sont recolorées.

Le sang réexaminé à diverses reprises et même un an
plus tard reste normal.

La grande hémophilo-hémogénie de cette malade était
d'origine biliaire ; l'intervention, rendue possible grâce à
la transfusion, l'avait guérie non seulement de sa lithiase
compliquée, mais encore de son ictère et de son hémophilie.

V. — *Hémophilie et splénectomie.*

On connaît la tendance hémorragique des splénomégalias chroniques qui se traduit par des hémorragies le plus souvent digestives ; les hémorragies opératoires sont toujours à redouter chez ces malades qui saignent aussi facilement que les hépatiques.

On trouve chez eux le syndrome hémogénique, souvent associé à un retard hémophilique, léger ou fort, de la coagulation, dépassant rarement une heure. Il importe donc de corriger ces lésions sanguines avant de les opérer.

Le Dr P.-E. Weil a préparé dans ce but tous les malades qu'il a fait opérer, en pratiquant une transfusion de 300 cmc., une heure avant la splénectomie. Jamais, dans ces conditions, il n'y eut d'hémorragie opératoire, malgré l'hypertrophie des vaisseaux et les proliférations veineuses qu'on constate chez ces malades, ni d'ailleurs d'hémorragie consécutive.

OBSERVATION I.

Cette observation est la suite de celle que nous avons rapportée à propos de la chirurgie gastrique.

G... Louis, 23 ans.

Le malade fait un nouveau séjour dans le service du Dr P.-E. Weil du 5 au 31 décembre 1927 pour hématé-mèses et méléna qui ont nécessité une transfusion de 220 cmc. (groupe IV) et un traitement hépatique à raison de 200 gr. de foie de veau frais par jour.

Un examen radioscopique ne révèle aucun ulcus peptique.

Revu le 23 avril 1928 : a refait une hématomèse suivie de méléna pendant une huitaine de jours.

En février 1930 : méléna à deux reprises.

Revient le 15 mai 1930 parce qu'il a eu encore deux méléna pendant 3 ou 4 jours.

L'examen de l'appareil digestif reste négatif, mais on trouve une rate dépassant le rebord costal de deux travers de doigt et dont le pôle supérieur remonte à 10 cm. au-dessus. Elle est ferme, lisse, régulière.

Bon état général.

Examen du sang :

G. R. : 4.710.000	G. B. : 9.900
H. : 80	V. G. : 0,9

T. S. : 2' $\frac{1}{2}$ -3'.

T. C. : 1^{er} tube : début en 9', fin en 14' ;

2^e tube : début en 14', fin en 28'.

Rétraction normale. Léger émiettement.

Sérum jaune.

Revu le 12 juin :

La rate dépasse maintenant le rebord costal de trois travers de doigt.

Examen du sang :

G. R. : 3.690.000	G. B. : 4.500
H. : 45	V. G. : 0,6

T. S. : 1'.

T. C. : 1^{er} tube : début en 7', fin en 8'.

2^e tube : début en 7', fin en 9'.

Bonne rétraction, léger émiettement. Sérum jaune.
Revient le 4 octobre 1930 pour splénectomie.

A refait une hémorragie le 9 août : 2 selles marc de café qui l'ont obligé à garder le repos au lit pendant cinq ou six jours.

La rate déborde toujours de 3 travers de doigt.

Le foie est gros, indolore, dépassant le rebord costal de 3 travers de doigt également.

A la radioscopie : la bouche de gastro-entérostomie fonctionne correctement et immédiatement après l'absorption de la potion barytée.

Rien ne passe par le pyllore.

L'estomac se vide rapidement.

Un quart d'heure après l'examen il persiste un peu de baryte dans le bas-fond stomacal, mais il n'y a pas d'en-coche persistante ni d'image d'ulcus.

La rate est grosse, en partie recouverte par le lobe gauche du foie hypertrophié.

Examen du sang :

T. S. : 2' $\frac{1}{2}$.

T. C. : 1^{er} tube : début en 11', fin en 14'.

2^e tube : début en 13', fin en 16'.

Bonne rétraction. Émiettement du caillot. Sérum jaune.
Signe du lacet : négatif.

La splénectomie est donc pratiquée le 10 octobre par le Professeur Grégoire une heure après une transfusion de 350 cmc. du groupe II (groupe du malade).

La rate s'extériorise facilement.

Suites opératoires bonnes.

Cependant, comme il est fréquent, légère élévation thermique à 38°. Pouls à 100.

La température avait un peu baissé quand, le 6^e jour, le 16 octobre, vers 3 heures du matin, le malade éprouve une sensation de gêne épigastrique, a des nausées et se met à vomir un gros caillot noir, puis du sang rouge.

Le lendemain matin, il perd brusquement connaissance et, vers 6 heures, se plaint de ne plus voir. On le remonte alors avec un litre de sérum, de la caféine et de la spartéine, en attendant une transfusion de 350 cmc. de sang qu'on est obligé d'injecter dans la fémorale en raison du collapsus.

Celle-ci amène une grosse amélioration du malade auquel on refait le soir une autre transfusion de 400 cmc.

Examen du sang :

G. R. : 2.580.000	Polyneutros.....	80	37 hématies nucléées
H. : 40	Polybasos.....	1,5	p. 100 leucocytes ;
G. B. : 52.500	Lymphos	1	anisocytose, poly-
V. G. : 0,8	Moyens monos....	5	chromatophilie.
	Grands monos....	5	
	Myélocytes.....	6	
	Cellules indiffé-		
	renciées.....	1,5	

Le 19, on enlève les fils sans incident,

Le 20, un nouvel examen de sang donne les résultats suivants :

G. R. : 2.660.000	Polyneutros.....	61	71 hématies nucléées
H. : 40	Polyéosinos.....	5	p. 100 leucocytes ;
G. B. : 16.000	Moyens monos...	8	anisocytose, baso-
V. G. : 0,75	Grands monos....	18	philie.
	Myélocytes.....	6	
	Cellules indiffé-		
	renciées.....	2	

Le 23, le malade est pâle et très fatigué.

Un lavement détermine une débâcle diarrhéique noire.

Examen de sang :

G. R. : 3.240.000	Polyneutros.....	65	47 hématies nucléées
H. : 40	Polyéosinos.....	6	pour 100 leucocytes,
G. B. : 22.800	Polybasos.....	2	dont 3 mégalo-
V. G. : 0,65	Lymphos.....	10,5	loblastes et 44 nor-
	M. monos.....	7,5	moblastes.
	G. monos.....	2	480.000 hématoblas-
	Métamyélocytes..	4	tes.
	Cellules de Türk.	3	

Le 27, nouvelle hémorragie intestinale.

Le 1^{er} novembre, on ramène le malade dans le service du Dr P.-E. Weil. Il ne saigne plus, mais il est toujours faible et très pâle.

Examen de sang du 3 novembre :

G. R. : 2.220.000	Polyneutros.....	73
H. : 40	Polyéosinos.....	5
G. B. : 20.400	Lymphos.....	14
V. G. : 0,9	M. monos.....	8

Le 4 novembre, on remet le malade au traitement hépatique : 200 gr. de foie de veau frais par jour.

Le 6, une transfusion de 300 cmc. améliore considérablement son état.

Le 9, il quitte le service avec 2.710.000 globules rouges. Dès lors l'amélioration a progressé et le malade a été revu en excellent état.

OBSERVATION II.

M... Roger, 30 ans, représentant de commerce. Consulte dans le service du Dr P.-E. Weil le 27 octobre 1932 pour une ecchymose périunguéale de l'auriculaire droit.

A la suite d'un accident (pincement en mettant un moteur en marche), hématome qui a intéressé toute la face dorsale de la troisième phalange.

On incise, on régularise la plaie (ablation des lambeaux cutanés, détersion de la surface cruentée), pansement au sérum de cheval.

Antécédents : A 10 ans, hémarthrose traumatique du genou gauche.

En 1927, hémorragie abondante après avulsion dentaire. Epistaxis, ecchymoses.

En février 1932, gros accident hémorragique qui attire l'attention sur une diathèse éventuelle : hématémèse très importante suivie de méléna pendant quelques jours, et ayant nécessité deux transfusions sanguines :

— une 1^{re}, le 16 à 18 h., de 450 cmc., plus 1 l. $\frac{1}{2}$ de sérum salé sous-cutané et tonicardiaques. Donne des résultats appréciables mais insuffisants, et le lendemain à 16 h. on fait :

— une 2^e transfusion de 350 cmc. plus sérum et tonicardiaques.

Devant l'état du malade, on a même discuté de l'opportunité d'une troisième transfusion, mais elle n'a pas été pratiquée.

Le malade a été vite remonté avec une alimentation substantielle et progressive et quelques injections d'Hépatol.

Les examens clinique et radiologique n'ont jamais rien révélé, en particulier pas d'ulcus gastrique auquel on avait pensé en présence de cette hématémèse si abondante.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Examen du sang (27 octobre 1932) :

T. S. : 2'-2' $\frac{1}{2}$ -7'

T. C. : début en 27'-fin en 34'.

Bonne rétraction, gros émiettement du caillot.

Sérum jaune et opalescent.

Signe du lacet : positif ?

Evolution : Le 9 janvier 1934 a eu des selles sanglantes.

T. S. : $8' \frac{1}{2}$.

T. C. : Sédimentation d'un tiers. Coagulation plasmatique.

Coagulation du cruor en 29'.

Bonne rétraction, émiettement du caillot.

Sérum normal.

Signe du lacet négatif.

Le 11 janvier a eu une hémorragie intestinale dans la nuit du 10 au 11.

Pâleur marquée, fatigue accentuée.

Un examen de sang montre :

G. R. : 1.890.000	Polyneutros....	76	
H. : 55	Polyéosinos.....	3	
G. B. : 14.200	Lymphos.....	3	140.000 hémato-
V. G. : 1,4	Moyens monos..	13	blastes.
	Grands monos..	5	

On fait au malade une injection intra-musculaire de 20 cmc. de sang, et on le met à deux ampoules d'Hépatrol injectable par jour.

Le 19 janvier : Le 26 janvier :

G. R. : 2.600.000	G. R. : 3.340.000	anisochromie très
H. : 55	H. : 65	marquée ; ani-
G. B. : 17.800	G. B. : 12.400	socytose et poï-
V. G. : 1,05	V. G. : 0,9	kilocytose im-
		portantes.

Le 8 février 1934, après transfusion de 400 cmc., le Professeur Grégoire pratique la splénectomie.

L'extraction est assez difficile, les adhérences sont nombreuses.

Bonnes suites opératoires. Aucune hémorragie.

Le malade sort le 20 février en excellent état.

DEUXIÈME PARTIE

Action curative de ces méthodes.

Chirurgie des complications hémophiliques.

L'action curative du sérum sanguin et de la transfusion est aussi nette contre les hémorragies hémophiliques que l'action préventive. C'est elle qui permet d'ailleurs les interventions chirurgicales chez les hémophiles. En effet, si ce traitement n'apporte qu'une correction momentanée de la coagulation sanguine, et n'est vraiment efficace que contre les hémorragies immédiates, on pourra, en cas d'hémorragies tardives, prévenir l'anémie aiguë mortelle par de nouvelles transfusions qui permettront d'attendre l'hémostase.

Cette correction sanguine, seulement passagère, explique qu'une opération aseptique, réglée, avec hémostase soigneuse, peut être sans aucune gravité. alors qu'une simple incision d'abcès, une appendicite supprimée drainée peuvent être mortelles.

Nous rapporterons ici quelques observations qui mettront ces faits en évidence.

OBSERVATION I (D^r P.-E. Weil).

Appendicite gangréneuse chez un hémophile.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans, aux antécédents hémorragiques nombreux (hématomes et hémorragies traumatiques).

Il fait une appendicite gangréneuse et le Professeur Lardennois l'opère d'urgence sans aucune préparation préalable.

L'opération se passe normalement, mais la paroi n'est pas refermée. Une hémorragie abondante se fait bientôt par la plaie. Le sang infiltre la paroi et les bourses, mais il n'y a pas d'hémorragie abdominale.

L'hémorragie persiste en dépit des injections de sérum qu'on pratique aussitôt.

Cinq jours après l'opération, l'enfant est exsangue, en danger mortel.

Le D^r P.-E. Weil et le Professeur Lardennois décident alors la suture de la paroi après une transfusion de 400 cmc.

L'hémorragie s'arrête et le malade est bientôt hors de danger.

Le sang de ce petit malade coagulait en 45 minutes et le temps de saignement était de 9 minutes.

Ces faits nous montrent que, chez un hémophile, il est préférable d'opérer une appendicite à froid ou à chaud, sans attendre, afin de pouvoir faire une opération réglée et refermer la paroi, mais naturellement après avoir pratiqué la correction préalable des lésions sanguines.

OBSERVATION II (D^r P.-E. Weil).

Phlegmon de l'amygdale chez un hémophile.

Il s'agit encore d'un enfant, grand hémophile, qui, ayant un crayon dans la bouche, reçoit un coup qui blesse son amygdale droite. Une hémorragie se produit aussitôt, puis il se forme un abcès que le Professeur Lemaître doit inciser. Cette incision provoque des hémorragies très importantes qui déterminent une anémie intense (1.250.000 globules rouges).

Une transfusion arrête définitivement les pertes sanguines et aide à la guérison du malade.

Le retard de la coagulation dans ce cas était de plus de 6 heures.

Hémorragies des hémophiles.

Les hémorragies de l'hémophile rendent l'intervention encore plus nécessaire que chez tout autre sujet normal ; mais la correction du vice hémophilique du sang est absolument indispensable.

Pourtant, il est préférable de ne pas toucher aux hémorragies interstitielles ou intraséreuses, la compression exercée par les tissus environnants limitant jusqu'à un certain point la progression de l'épanchement.

Cependant nous rapporterons ici un cas d'hématome de la face externe de la cuisse, si volumineux qu'il nécessita son incision.

OBSERVATION I.

C... René, 13 ans.

Grand hémophilo-hémogénique suivi par le Dr P.-E. Weil depuis juin 1927.

Antécédents personnels : Début des accidents hémophiliques à l'âge de 2 ans 1/2 par une hémorragie traumatique, puis des épistaxis, des ecchymoses.

A 7 ans, premières hémarthroses.

Depuis juin 1927, il suit un traitement sérique.

De juin 1927 à janvier 1930, des ecchymoses, des épistaxis, des hémorragies.

Antécédents héréditaires et familiaux : Mère ayant des gingivorragies, ayant saigné 4 jours pour une avulsion dentaire.

Le malade a plusieurs sœurs qui n'ont elles-mêmes que des filles.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire.

Examen du sang (juin 1927) :

T. S. : 11'.

T. C. : début en 2 h. 15, fin en 6 h. 30.

Evolution : Le petit malade entre dans le service du Dr P.-E. Weil le 16 janvier 1930.

Il a eu sa dernière injection de sérum le 10 janvier.

Le 13, la cuisse gauche s'enflamme et les téguments de la face externe sont tuméfiés, rouges, chauds et douloureux. Les mouvements du membre sont pénibles. Le sommeil est agité.

Dans les jours qui suivent, la tuméfaction gagne le genou. La marche est impossible et le malade se plaint d'élançements dans la cuisse et le genou.

Dans la nuit du 15 au 16, épistaxis durant deux heures. La fièvre a fait son apparition le lendemain de l'injection et la température oscille entre 38° et 39°.

A l'examen, à son entrée, la partie inférieure de la cuisse gauche est fortement tuméfiée; la peau est rouge, lisse, tendue, chaude. La palpation et les mouvements sont douloureux.

Le petit malade est très pâle, ses muqueuses sont décolorées.

Evolution : Dès son entrée, on applique des compresses chaudes. Les douleurs diminuent notablement et le petit malade peut remuer son membre sans trop de souffrances. Les téguments sont moins luisants, moins tendus.

La palpation est moins douloureuse.

Le malade se trouve un peu soulagé. Le sommeil est calme.

Le 18, un examen de sang montre :

G. R. : 1.480.000 H. : 40 G. B. : 16.000 V. G. : 1,3.

On le met alors à un traitement hépatique (200 gr. de foie de veau frais par jour) qui améliore bientôt l'état sanguin.

Le 30, un nouvel examen de sang montre en effet :

G. R. : 2.020.000 H. : 40 G. B. : 12.600 V. G. : 1.

Le 9 février, ponction de l'hématome de la cuisse gauche. On retire facilement dès la première piqûre un liquide épais, assez homogène, sans caillot, très visqueux, de couleur brun-rouge, contenant de nombreux polynucléaires plus ou moins altérés et de nombreux globules rouges intacts.

Un examen de sang montre :

G. R. : 3.010.000 H. : 40 G. B. : 18.000 V. G. : 0,6.

Après la ponction, le malade n'éprouve aucun soulagement. Les téguments sont livides et encore plus tendus. Le genou est très tendu également et les mouvements sont pénibles et limités.

Le 11 février, le malade se plaint à nouveau d'élançements dans sa cuisse qui est encore plus grosse.

La palpation est extrêmement douloureuse.

La poche sanguine est si volumineuse que la peau menace de se rompre.

On ponctionne alors à nouveau l'hématome, mais les signes locaux sont assez peu modifiés.

La peau est plissée, dépressible, extrêmement sensible.

La culture du liquide reste négative.

Le 18 février, on fait une transfusion de 280 cmc. sans incident.

Le 20, un examen de sang montre :

G. R. : 2.180.000 H : 50 G. B. : 14.200 V. G. : 1,15.

Le 24, le malade est très fatigué ; il n'a pas dormi de la nuit.

Au niveau de sa cuisse gauche, et plus précisément du petit pertuis laissé par la seconde ponction, on remarque un écoulement sanguin trouble, assez abondant.

Le pansement est mouillé et l'expression fait sourdre un liquide épais, foncé.

La température est à 37°6. La cuisse s'est un peu dégonflée et les téguments sont plissés et mous.

L'hématome menaçant de s'infecter, on décide de l'inciser.

Le 26, la température est à 37° et reste normale jusqu'au 28, date à laquelle le malade est opéré sous anesthésie.

Voici le compte rendu opératoire :

Incision d'un hématome de la cuisse gauche chez un hémophile, à sa partie déclive, au bistouri électrique (section-coagulation).

Pas d'hémorragie au cours de l'intervention.

La guérison est bientôt obtenue sans complication.

Examen du sang (3 avril 1930).

T. S. : 3'-4'.

T. C. : Début en 1 h. 45, fin en 3 h. 15.

Sédimentation et coagulation plasmatique.

Signe du lacet : négatif.

OBSERVATION II.

R... André, 19 ans, monteur en bronze.

Antécédents : A 14 ans, hémarthrose traumatique de la hanche, prise pour une coxalgie et guérie parfaitement en trois mois par l'extension continue.

Hémorragies importantes à l'occasion de plaies insignifiantes, ecchymoses faciles, hémarthroses.

A 16 ans, hémarthrose traumatique d'un genou : trois mois de lit.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Evolution : Le 12 novembre 1924, le malade consulte dans le service du D^r P.-E. Weil pour un hématome de la cuisse droite, consécutif à une chute en bicyclette.

Quelques heures après l'accident, le malade ressent une vive douleur au niveau de la cuisse droite, gênant la marche.

Un médecin consulté incise cet hématome de la face externe de la cuisse droite et la plaie opératoire se met à saigner pendant quinze jours.

Le malade reçoit alors 20 cmc. de sérum antidiphtérique, et la guérison est obtenue en une dizaine de jours.

Examen du sang :

T. S. : 1'.

T. C. : Début en 1 h. 20, fin en 1 h. 30.

Après sédimentation des 2/3.

Pas de rétraction dans un tube.

Rétraction latérale faible du caillot blanc dans l'autre.

Sérum normal.

OBSERVATION III.

C... Edouard, 22 mois.

Entre dans le service du Dr P.-E. Weil le 4 avril 1935 pour un hématome frontal traumatique.

Il y a un mois environ, l'enfant fait une chute sur le front qui provoque un hématome du volume d'une noix. Cet hématome grossit de jour en jour.

Huit jours après, le médecin traitant vient faire son injection de sérum comme tous les mois et ordonne des compresses chaudes, mais la bosse s'accroît toujours, devient violacée, tendue, et menace de se rompre.

On ponctionne alors l'hématome; mais il se reforme, devient encore plus gros, atteignant le volume d'une orange, s'étendant sur la ligne médiane de la racine du nez aux cheveux. De plus, au niveau de l'orifice de ponction, il existe une petite zone sphacélée. L'état général est touché. Température à 40°.

Antécédents : Grandes ecchymoses au moindre choc.

Traité par injections mensuelles de 20 cmc. de sérum antidiphtérique.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Evolution : Le 1^{er} avril, après transfusion de 50 cmc. de sang (groupe III) dans la jugulaire, on opère le petit malade.

On fait deux incisions horizontales de 1 cm. à la partie supérieure et au point déclive de la tumeur.

La plaque de sphacèle est tombée, laissant un orifice large comme une pièce de cinquante centimes entre les deux incisions.

On enlève les caillots et on lave la cavité au sérum phy-

siologique. Pansement avec une mèche imbibée de sérum antidiphthérique.

Le 2, légère hémorragie lors du pansement.

Le 3, la plaie saigne. Transfusion de 50 cmc.

L'hémorragie persistant, on décide d'amener l'enfant dans le service.

L'état général est assez mauvais, la pâleur marquée, la température à 39°.

Le 4, on refait le pansement.

La bosse est pleine de caillots qu'on enlève avec un courant de sérum physiologique.

L'hémorragie a cessé. Les tranches d'incision ne saignent pas. Pansement au sérum antidiphthérique.

Le 5, la plaie a meilleur aspect. Il n'y a pas de caillots ni d'hémorragie, mais on constate une dénudation du frontal, large comme une pièce d'un franc.

L'os apparaît blanc au milieu des tissus qui sont roses, de bon aspect et ne saignent pas.

Température à 38°.

Le 6, même état. La dénudation du frontal ne semble pas progresser.

Les compresses sont sèches. La plaie saigne peu.

Température à 38°5.

Le 7, plaie en excellent état. Pas d'hémorragie.

Cependant irritation des téguments environnants.

On refait un pansement au sérum avec vaselinage de la peau.

Température à 38°.

Le 8, devant le bon aspect de la plaie, on ne refait pas le pansement.

Température à 38°.

Le 9, température à 39°1.

On refait le pansement. Hémorragie légère..

L'état de la peau s'est un peu amélioré.

Le frontal a bon aspect.

L'enfant tousse. A l'auscultation : nombreux râles de bronchite.

Le 10, température à 38°.

Pansement sans sérum, avec vaseline et tulle gras.

L'aspect de la plaie est satisfaisant.

Le 11, dans le pansement, on trouve du pus provenant sans doute des parties molles. L'os est un peu dépoli.. Lavage à l'eau additionnée d'un peu de liqueur de Labarraque. Pansement au tulle gras.

Pas d'hémorragie.

L'enfant tousse toujours ; mais il est mieux et dort bien.

Le 12, température à 39°. L'enfant est agité.

La plaie a bel aspect. Ni pus, ni hémorragie.

Pansements quotidiens au tulle gras.

Le 17, température à 37°.

Le 18, on fait sauter le pont de peau entre les deux orifices. Hémorragie minime.

Dès lors l'amélioration se poursuit, et l'enfant quitte le service le 22 avril en excellent état.

OBSERVATION IV (D^r P.-E. Weil).

Hématome palmaire infecté chez un hémophile.

Un cordonnier, hémophile sporadique, se donne un coup d'alène dans la paume de la main.

Un petit épanchement sanguin se forme sous l'aponévrose palmaire et les injections de sérum ne peuvent en venir à bout.

La fièvre fait son apparition avec de la lymphangite du bras. On décide l'intervention. Il suffit alors d'ouvrir largement la paume de la main, d'enlever les caillots et de panser la plaie à plat avec des compresses imbibées de sérum sanguin pour obtenir une hémostase définitive.

OBSERVATION V.

G... Daniel, 11 ans.

Entre dans le service du Dr P.-E. Weil, le 3 janvier 1934, pour une hémorragie survenue le 26 décembre 1933 dans les circonstances suivantes :

Il tombe sur le front en montant les escaliers du métro « République ». Il se fait une petite plaie 3 cm. au-dessus de l'arcade sourcilière droite qui saigne assez abondamment. Sa mère l'emmène à Saint-Louis; l'hémorragie avait presque cessé à ce moment.

Il attend une heure à la consultation et subitement l'hémorragie reprend de plus belle.

On pose aussitôt 4 agraphes Michel et on lui injecte du sérum antitétanique.

Il reste 48 heures à l'hôpital. L'hémorragie ne s'étant pas reproduite et le malade n'ayant pas de fièvre, on l'autorise à sortir.

Cependant la joue droite est gonflée, la paupière droite tuméfiée; l'œil est fermé et il existe une tumeur frontale assez volumineuse.

Il sort donc de Saint-Louis le 28 décembre. L'état reste stationnaire jusqu'au 30 au soir où il commence à faire de la fièvre à 39°.

Le petit malade se plaint et souffre plus que les jours précédents. Le 31, température à 40°.

La joue droite est encore plus grosse, la paupière et la région avoisinant la plaie sont fortement tuméfiées. La tumeur frontale s'est étendue et l'œil gauche est à demi-fermé.

Le 2 janvier 1934, le petit malade a 41°.

Le Dr P.-E. Weil le voit alors et le fait entrer dans son service le lendemain.

On enlève les agrafes et on applique un pansement compressif au sérum antidiphtérique. De plus, transfusion de 250 cmc.

La température est à 39°. Elle tombe le 4. La nuit qui suit est assez agitée.

On opère le petit malade le 5.

On enlève l'escarre frontale qui laisse l'os à nu ainsi que le rebord de la fosse temporale. Ptosis de la paupière supérieure.

Le soir même vers 10 h. le pansement est plein de sang.

On fait d'urgence une transfusion de 300 cmc.

La nuit est bonne. Le lendemain au réveil quelques crachats de sang coagulé.

La température se maintient à 38° pendant les deux jours suivants.

Le 7 janvier, poussée thermique à 39°.

Le pansement est mouillé et il s'écoule un liquide rosé légèrement fétide.

On refait le pansement le 8. Il n'y a pas de nouvelles fusées purulentes, mais la plaie saignote toujours.

La température peut s'expliquer soit par la rétention produite par les mèches, soit par l'ostéite du frontal qui s'étend alors jusqu'à l'apophyse orbitaire externe.

Le soir même 40°.

Le lendemain 38°. La température se maintient encore à 38° pendant deux jours.

Le 10, on refait le pansement : même état.

Les jours suivants, la température oscille entre 37°5 et 38°, mais baisse en lysis pour redevenir normale le 18.

Antécédents personnels : A 14 mois, une coupure de la lèvre provoque une hémorragie qui dure 8 jours.

A 3 ans, hémorragies buccales à 3 reprises différentes. Soigné alors par le Dr P.-E. Weil, qui le revoit 3 ans plus tard en bonne santé.

A 8 ans 1/2, hémarthrose du genou droit, complètement guérie par repos, compression, massage.

Hémarthroses des tibio-tarsiennes.

Ecchymoses fréquentes.

Au cours de l'année 1933, une hémarthrose du coude droit laisse une rétraction musculaire importante.

Varicelle à 2 ans.

Coqueluche à 6 ans.

Antécédents héréditaires et familiaux : Un oncle du côté maternel saignait facilement et abondamment.

Evolution : Le 26 janvier 1934, la table externe du frontal est toujours dénudée. La partie centrale, sur la dimension d'une pièce de 2 francs, est sèche, jaunâtre.

L'arcade sourcilière est recouverte par un bourgeon charnu qui s'étend de la fosse temporale au bord interne de la plaie et sur une hauteur de 2 à 3 cm. Un autre bourgeon apparaît au bord supérieur de la plaie, surtout à sa partie externe où il s'étend sur quelques centimètres en largeur, la hauteur ne dépassant pas un centimètre.

A peine quelques gouttes de pus à la partie inférieure sur le bourgeon charnu.

Peu à peu la plaie s'est comblée et le malade a pu quitter le service le 6 février 1934.

En résumé, ce petit malade s'est fait une plaie dont la suture à l'aide d'agrafes a été suivie d'un hématome qui s'est infecté.

Cette infection a déterminé le sphacèle de la peau et une large perte de substance.

La cicatrisation a laissé un ectropion important par adhérence profonde de la peau et traction sur la paupière supérieure.

OBSERVATION VI (Dr P.-E. Weil).

Un malade s'était fait une coupure du pouce suturée avec des agrafes Michel. A la suite s'était produit un petit hématome du volume d'une cerise, en saillie, qui durait depuis trois mois, et saignait légèrement mais sans arrêt.

Cet hémophile, dont le sang coagulait en trois heures, fut opéré par Broca qui fit sauter l'hématome d'un coup de curette, et pansa la plaie avec du sérum antidiphtérique.

La cicatrisation était obtenue en quelques jours, sans adjonction d'aucun traitement général.

Cette observation montre nettement qu'il ne faudra jamais se contenter d'agrafes pour suturer une plaie même minime et en apparence insignifiante.

L'hémostase sérieuse et la suture soigneuse des téguments sont toujours indispensables.

OBSERVATION VII.

V... François, 22 ans, mécanicien.

Ce malade est entré dans le service du Dr P.-E. Weil après un séjour dans une clinique de Boulogne.

Il est entré dans cette clinique le 6 novembre 1923 pour une plaie pénétrante de l'extrémité supérieure de la face palmaire du 2^e espace interdigital gauche compliquée d'hématome.

Le 7 novembre, sous anesthésie générale, débridement de l'hématome, épiluchage et ligature d'une artère, pansement légèrement compressif avec mèche.

La plaie continuant de saigner abondamment dans la journée sans que, le pansement défait à plusieurs reprises, on puisse constater d'hémorragie artérielle ou veineuse manifeste, on pense à l'hémophilie que l'interrogatoire finit par confirmer.

Antécédents héréditaires et familiaux : Le malade a un frère de 25 ans, également hémophile, mais à un degré beaucoup moindre. Cependant une coupure, par exemple, saigne abondamment et pendant plusieurs jours.

Antécédents personnels : A 8 ans, à l'occasion d'une avulsion dentaire, hémorragie qui dure une quinzaine de jours.

A 18 ans, une chute sur le genou gauche détermine une hémarthrose.

Entre temps une brûlure à la main gauche et plusieurs plaies insignifiantes qui cependant saignèrent longtemps et avec abondance.

Evolution : Le 7 novembre donc, plusieurs pansements compressifs avec mèche. Devant leur inefficacité on essaie

un pansement au collodion qui donne une accalmie de quatre jours.

Le 11 novembre, nouvelle hémorragie. On constate alors une collection de sang liquide sous la couche de collodion. Le pansement au collodion est renouvelé, et du 11 au 15 novembre on emploie successivement et sans succès : le collodion, le chlorure de calcium en potion (4 gr. par jour), l'hémostyl *per os* et en pansement, le sérum gélatiné dont on injecte 125 cmc. sous la peau.

Le 15, devant la persistance de l'hémorragie, on fait des applications de glace, on donne de l'adrénaline (XX gouttes) et on fait un pansement avec une mèche imbibée de sérum antitétanique.

Ce pansement semble arrêter nettement l'hémorragie. Il est renouvelé à plusieurs reprises à cause d'un très léger suintement sanguin, d'ailleurs immédiatement tari.

La plaie commence à se cicatriser aux environs du 16 ou du 17, et elle est complètement fermée une dizaine de jours plus tard.

Examen du sang :

T. S. : 2'-3' $\frac{1}{2}$.

T. C. : après sédimentation de moitié.

Début en 34', fin en 48'.

Rétraction et sérum normaux.

Signe du lacet : négatif.

OBSERVATION VIII.

D... René, 16 ans.

Entre dans le Service du Dr P.-E. Weil le 12 janvier 1923 pour une plaie du cuir chevelu qui saigne abondamment depuis 15 jours.

Antécédents : Pas d'hémorragie jusqu'à l'âge de 5 ans.

Entre 5 et 12 ans, épistaxis répétées, parfois tous les jours pendant 8 jours de suite, très abondantes, anémiant le malade.

Depuis l'âge de 12 ans, les épistaxis se sont espacées. Actuellement elles ne surviennent qu'à la suite de choc ou de grattage, mais sont toujours très importantes.

En avril 1921, hémarthrose du genou droit qui laisse un peu de raideur articulaire et de douleur.

Ecchymoses au moindre choc.

La plus petite plaie saigne très abondamment.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Evolution : Le malade s'est cogné à un coin de table et s'est fait une petite plaie du cuir chevelu qui saigne si peu sur le moment qu'il ne s'en inquiète même pas. Néanmoins la douleur persiste quelques jours et, une huitaine après le traumatisme, le malade est réveillé par un écoulement sanguin qui file dans sa nuque.

Il va se faire panser à la Charité pendant 8 jours. L'hémorragie persiste et on met deux crins, mais elle ne cesse pas et on l'adresse au Dr P.-E. Weil.

Examen : Il s'agit d'une plaie légèrement contuse de 3 cm., siégeant dans la région occipitale.

En détergeant la plaie des caillots qui la comblent on ne provoque qu'une hémorragie minime.

On enlève les crins et on applique un pansement compressif au sérum antidiphthérique.

Examen du sang :

T. S. : 2' $\frac{1}{2}$ - 1' $\frac{1}{2}$ - 2'.

T. C. : début en 45', fin en 4 h.

Sédimentation importante. Rétraction faible, plasmatique.

Signe du lacet : négatif.

Evolution : La plaie est pansée tous les deux jours au sérum antidiphthérique.

Les bourgeons charnus exubérants sont touchés au nitrate.

La cicatrisation se fait très rapidement.

Le 25 janvier elle est presque achevée.

Il ne reste que quelques rares bourgeons.

L'état général est excellent et le malade quitte le Service le 2 février.

Hémorragies dentaires chez les hémophiles.

Nous avons déjà rapporté des cas où la transfusion sanguine fut utilisée d'abord préventivement, puis comme moyen thérapeutique.

En ce qui concerne l'action locale du sérum sanguin, il est indispensable de le mettre directement au contact des tissus saignants. Il faut donc tout d'abord enlever les caillots de mauvaise qualité à l'aide d'un courant d'un ou deux litres de sérum physiologique ou d'eau bouillie bicarbonatée à 10%.

Le pansement compressif (mèche imbibée de sérum antidiphthérique) ne sera appliqué qu'ensuite.

Dans les cas où il est impossible de réaliser un tamponnement efficace, les transfusions sanguines donneront un succès total et immédiat ou partiel, mais toujours suffisant pour tirer le malade d'affaire.

OBSERVATION I.

R... Eugène, 24 ans, manœuvre.

Le malade entre dans le Service du Dr P.-E. Weil le 9 juin 1926 pour une hémorragie dentaire abondante consécutive à une extraction.

Cette extraction a été pratiquée le 4 juin sans difficulté, et ce n'est qu'une demi-journée plus tard que l'hémorragie a fait son apparition.

Elle persiste encore actuellement malgré une transfusion de 100 cmc. (groupe IV).

Examen du sang :

T. S. : 5' - 4' $\frac{1}{2}$.

T. C. : coagulation plasmatique de moitié.

Début en 1 h. Fin en 4 h. 30.

Rétraction faible du caillot blanc. Sérum normal.

G. R. : 3.900.000 H. : 60 G. B. : 13.000 V. G. : 1,02

Antécédents : nombreuses hémorragies traumatiques.

A 5 ans, hémarthrose du genou droit prise pour une tumeur blanche et immobilisée cinq ans dans le plâtre.

A 20 ans, hémarthrose du genou gauche traitée par l'extension continue et immobilisation dans le plâtre pendant cinq mois.

Evolution : Le 11 juin l'hémorragie s'arrête à la suite d'un lavage soigneux de l'alvéole dentaire au sérum physiologique, suivi d'un tamponnement au sérum antidiphtérique.

Le 14 un examen de sang montre :

G. R. : 1.400.000

G. B. : 8.800

H. : 30

V. G. : 1,07

90.000 hémotoblastes.

Le malade quitte le Service le 17 juin.

OBSERVATION II.

C. Henri, 12 ans.

Grand hémophile sporadique suivi par le Dr P.-E. Weil depuis mars 1928.

Antécédents : A 3 ans $\frac{1}{2}$ après un léger traumatisme, gros hématome de l'aîne gauche qui persiste une quinzaine de jours.

A 4 ans, hémarthrose du genou gauche prise pour une tumeur blanche et immobilisée deux ans dans le plâtre.

A 8 ans, une coupure d'une lèvre cause une hémorragie qui dure dix jours, arrêtée seulement par une suture.

A 9 ans, une plaie du cuir chevelu provoque une hémorragie de 4 jours avec syndrome anémique.

A 11 ans, hématurie très abondante qui dure 5 jours.

Epistaxis, gingivorragies, ecchymoses.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux d'hémophilie.

Examen du sang (8 mars 1928) :

T. S. : 2' $\frac{1}{2}$ -2'.

T. C. : Coagulation en 6 h. 30 après sédimentation de moitié.

Assez bonne rétraction du caillot.

Sérum normal.

Signe du lacet : négatif.

Evolution : En 1926, le petit malade tombe et se fracture la canine inférieure gauche. Une hémorragie se produit et un dentiste consulté pratique l'extraction de la racine. Aussitôt après, l'hémorragie reprend de plus belle. Le même dentiste conseille l'application d'une solution de

perchlorure de fer qui n'arrête nullement l'écoulement sanguin, mais détermine une série d'ulcérations. L'hémorragie persiste une dizaine de jours, et le malade paraissant de plus en plus faible, on se décide à le faire hospitaliser d'urgence aux Enfants-Malades. Des pansements locaux et une transfusion de 100 cmc. mettent fin à l'hémorragie et à l'anémie.

Hématome du plancher buccal.

Les hématomes du plancher buccal étaient très graves quand on ne savait pas arrêter les hémorragies des hémophiles.

En effet, ces hématomes, qui se produisent dans un tissu cellulaire lâche, arrivaient à comprimer la langue qu'ils rejettent en haut et en avant, gênaient la déglutition et la phonation, refoulaient le larynx et déterminaient l'asphyxie.

Nous voudrions seulement montrer comment, sans aucune intervention chirurgicale, un traitement sérique et mieux la transfusion sanguine viennent à bout d'états aussi alarmants.

OBSERVATION I (D^r P.-E. Weil et D^r Schæfer).

En mars 1909, le D^r Schæfer, dans le but de préparer une cavité de dent atteinte d'hyperesthésie dentinaire, pratiqua une injection sous-muqueuse au niveau de l'apex de la racine de la seconde prémolaire inférieure droite.

Le lendemain matin, 16 heures après l'intervention, le malade présentait une petite tuméfaction vestibulaire qui s'accrut progressivement.

Vingt-quatre heures plus tard, la gencive était œdéma-

tiée, et on pouvait craindre de voir céder la muqueuse, surtout au niveau des languettes interdentaires.

Une ecchymose violacée apparaissait. La tuméfaction extérieure était très marquée, s'arrêtant en avant à la ligne médiane, en arrière au bord antérieur du sternocléido-mastoïdien, en bas à l'os hyoïde, en haut à la paupière inférieure.

Le malade était gêné non seulement pour avaler, mais même pour parler et respirer. La langue, refoulée en haut et à gauche, rendait impossible l'occlusion de la bouche. Le sang épanché formait une volumineuse tumeur du plancher buccal.

La température montait à 39°. Rien à l'auscultation, mais gêne respiratoire marquée.

Ce malade avait depuis longtemps présenté des hémorragies : épistaxis, ecchymoses, méléna, deux hématuries rebelles au traitement habituel, de nombreuses hémarthroses.

Un de ses frères était mort à 7 ans d'hémorragie à la suite de l'incision d'un hématome de la cuisse, consécutif à un coup de pied. Sa mère et sa grand'mère avaient également une tendance hémorragique.

Le Dr P.-E. Weil, appelé en consultation, fit une injection intraveineuse de 20 cmc. de sérum frais de cheval.

L'hématome s'accrut encore légèrement dans les heures qui suivirent, mais le lendemain matin l'hémorragie était arrêtée et la tuméfaction déjà moins tendue.

La résorption de l'épanchement et de l'œdème se fit normalement. Trois semaines plus tard, tout était rentré dans l'ordre.

OBSERVATION II.

D... Georges, 21 ans.

Hémophile familial suivi par le Dr P.-E. Weil depuis l'âge de 2 ans.

Antécédents héréditaires et familiaux :

Grands-parents maternels bien portants	{	fil	(mort à 6 ans d'hémorragie)	{	1 fils hémophile (D. Georges) 1 fille bien portante
		fil	(mort à 10 ans d'hémorragie)		
		fil	(mort à 11 ans d'hémorragie)		
		fil	(bien portante)		
		fil	(bien portante): 1 fils mort à 12 ans d'hémor- ragie		
		fil	(bien portante)		
		fil	3 filles décédées		

Antécédents personnels : A l'âge de 2 ans, une coupure de la lèvre supérieure saigne plusieurs jours.

Le 17 mars 1920 (6 ans) : un examen de la coagulation sanguine donne les résultats suivants :

Sang pris à 10 h. 20, écoulement très lent.

La sédimentation est presque immédiate, mais se fait incomplètement. Coagulation totale à 12 h. 10.

Le lendemain, petit caillot blanc, plasmatique, un peu mou, mal rétracté; l'exsudation du sérum n'est que latérale.

Léger émiettement du caillot rouge profond.

Depuis cette époque le malade reçoit assez régulièrement, tous les 2 mois, une injection sous-cutanée de 20 cmc. de sérum antidiphthérique.

En mars 1922, hématome du mollet droit.

Le 7 avril 1922, une chute sur un morceau de verre détermine une petite plaie qui saigne abondamment pendant deux jours, nécessitant des applications locales et une injection sous-cutanée de 20 cmc. de sérum antidiph-térique.

Le 28 juin 1922, hémarthrose du genou droit et de la cheville droite.

De juin à août 1922, hémarthroses fréquentes, atteignant successivement le genou droit, le genou gauche, les tibio-tarsiennes droite et gauche, le coude droit.

Le 11 octobre 1922, hémarthroses traumatiques du coude droit et de la tibio-tarsienne gauche.

Le 7 décembre 1922, hémarthrose du genou droit anormalement prolongée, évolution en 3 semaines ; les hémarthroses chez ce sujet disparaissent habituellement en une huitaine de jours.

En mai 1923, hémarthrose légère du genou droit.

Le 13 juin 1923, hémarthrose traumatique de la tibio-tarsienne droite.

Le 11 avril 1924, hématome traumatique de la joue droite.

D'août 1925 à janvier 1926, hémarthroses successives du genou droit, de la tibio-tarsienne droite, de la hanche gauche.

Hématome traumatique du mollet droit.

Le 17 février 1926, hématome spontané du psoas gauche.
Le lendemain hématurie.

De septembre 1926 à août 1928, hémarthroses successives du genou droit, de la tibio-tarsienne droite, du coude droit.

Hématome traumatique de la face antérieure de l'épaule gauche. Hémarthrose du coude droit.

En août 1928, hématurie avec caillots qui dure cinq

jours et s'accompagne de douleurs dans la région lombaire droite.

D'octobre 1928 à juillet 1929, plusieurs hémarthroses des coudes et de la tibio-tarsienne droite.

Le 25 juillet 1929, hématome spontané du psoas droit, avec troubles parétiques qui persistent une huitaine de jours.

Le 15 septembre 1929, récurrence de cet hématome avec quelques douleurs névralgiques.

En novembre 1929, hémarthrose du coude droit.

Hématome spontané dans la gaine du couturier gauche.

Durant l'année 1930, les accidents hémorragiques laissent un peu de répit au malade.

Un certain degré d'anémie étant constaté, on le traite par l'ingestion quotidienne de 200 gr. de foie de veau frais, en plus des injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique.

Examen du sang (1^{er} mars 1930) :

T. S. : 4'.

T. C. : début en 4 h., fin en 5 h.

Coagulation plasmatique. Rétraction faible.

Signe du lacet : négatif.

En mars 1931, hématurie durant trois jours.

En mai 1931, nouvelle hématurie qui amène le malade dans le Service, le 2 juin, pour transfusion.

Le lendemain, hémarthrose spontanée de la tibio-tarsienne gauche.

De février à juin 1932, plusieurs hémarthroses et une petite hématurie.

En septembre 1932, volumineux hématome spontané du

psoas droit. Le lendemain, hématurie avec caillots qui dure une douzaine de jours.

Cet hématome met un mois à se résorber et laisse une paralysie du nerf crural et des muscles de son territoire, avec réaction de dégénérescence.

En mars 1935, nouvel hématome spontané du psoas gauche sans troubles nerveux.

Examen du sang du 23 mars 1935 :

T. S. : 3'-3' ½.

T. C. : début en ¾ d'heure, fin en 1 heure.

Coagulation plasmatique.

Coagulation du cruor :

1^{er} tube en 2 h.

2^e tube en 2 h. 30.

Bonne rétraction du caillot blanc.

Léger émiettement.

Signe du lacet : négatif.

Evolution : le 23 avril 1935, à 3 h. de l'après-midi, le malade est amené dans le Service du Dr P.-E. Weil pour un hématome du plancher buccal, apparu spontanément dans la matinée, et qui s'est accru rapidement. On lui fait d'urgence une transfusion de 150 cmc., et, à minuit, une seconde de 200 cmc.

Nous avons vu le malade le lendemain 24 avril.

Il présente alors une tuméfaction de la région sous-maxillaire, volumineuse, atteignant en bas le cartilage thyroïde, effaçant les angles du maxillaire, et gagnant en arrière les sterno-cléido-mastoïdiens.

Cette tuméfaction est très dure, tendue, mais peu douloureuse et peu sensible.

Le malade ne peut fermer la bouche, et il peut très difficilement abaisser son maxillaire inférieur.

La phonation est entravée, la déglutition très pénible, mais la gêne respiratoire est peu marquée.

La langue est refoulée en haut et en arrière, plaquée sur la voûte palatine par l'épanchement sanguin qui apparaît sous la muqueuse du plancher en arrière de l'arcade dentaire.

L'état général n'est pas touché. Pas de fièvre.

Le 25 avril, une troisième transfusion de 150 cmc. arrête définitivement l'hémorragie.

Dès le lendemain l'hématome est moins tendu, moins dur, et commence à se résorber.

La langue devient plus mobile et le malade peut déglutir les liquides sans difficulté pour reprendre bientôt une alimentation normale.

Il quitte le Service le 4 mai, soit une huitaine de jours plus tard, en excellent état.

OBSERVATION III.

Cette observation, que nous rapportons au chapitre suivant, est celle d'un hémophilo-hémogénique de 19 ans, qui a présenté, spontanément, au cours d'une grippe, un énorme hématome du plancher buccal.

Le Dr P.-E. Weil a pu obtenir l'arrêt de l'hémorragie par une transfusion de 225 cmc. qui amena en 48 h. la disparition de tous les symptômes inquiétants.

Hématome de l'orbite.

Les hématomes rétro-orbitaires sont certainement l'une des plus graves complications de l'hémophilie.

Dans trois cas, observés par le D^r P.-E. Weil, il s'agissait de jeunes hémophiles de 6 à 12 ans, qui, en jouant avec des camarades, reçurent des chocs plus ou moins violents sur l'œil.

Il se fit alors une hémorragie orbitaire et palpébrale énorme et un hématome rétro-orbitaire déterminant une exophtalmie considérable.

Bientôt la vision était abolie ; la cornée non protégée s'enflammait, et, bien que dans aucun de ces trois cas il n'y eut de fonte purulente de l'œil, la cécité fut définitive et totale.

Nous rapportons ici l'observation d'un quatrième cas, traité par le D^r P.-E. Weil, n'ayant pas entraîné la perte de l'œil et de la vision, grâce à une transfusion de 225 cmc. de sang qui arrêta l'hémorragie.

OBSERVATION.

H... Jean, 19 ans.

Antécédents personnels : Début des accidents dans la première enfance par des ecchymoses.

A 7 ans, hémorragie abondante à la suite d'une coupure.

A 8 ans, hémorragie intestinale et premières hémarthroses.

En 1923, après un traumatisme, hémarthrose du genou droit ayant duré deux mois.

En 1924, nouvelle hémarthrose spontanée du genou droit ayant nécessité une immobilisation de six mois. Cette immobilisation a entraîné une ankylose des deux genoux.

En juillet 1925, arthrite du genou droit, résolution rapide.

En novembre 1925, des hématuries répétées conduisent à faire un examen rénal qui est négatif.

En février 1926, arthrite de la tibio-tarsienne gauche, immobilisation de trois semaines.

En juin 1926, à la suite d'un faux pas, nouvelle hémarthrose du genou droit.

Antécédents héréditaires et familiaux : Rien à signaler.

En 1925 :

T. S. : 3'.

Coagulation du sang veineux s'opère rapidement après sédimentation des hématies en 11 heures, avec rétraction du caillot et sérum normal.

On ne trouve rien d'anormal à l'examen des viscères.

Histoire des accidents : En décembre 1926, le malade présente des phénomènes grippaux : coryza, fièvre, courbature.

Trois jours après le début de cette grippe, il souffre de son genou droit qui se tuméfie fortement et qu'il ne peut mobiliser. Les phénomènes généraux ainsi que l'hémarthrose rétrocedent peu à peu.

Cependant, le 18 décembre, à son réveil, le malade remarque, au-dessus de l'arcade sourcilière gauche, une tuméfaction grosse comme une noisette qui s'est produite spontanément. Cette tuméfaction s'étend lentement, et le lendemain elle envahit la paupière gauche et la partie supérieure de la joue. Un gonflement paraît également du côté droit, et l'œil commence à proéminer.

Le 20 décembre, les choses se précipitent : au réveil, l'œil gauche est exorbité, énorme, les deux paupières sont tuméfiées, ecchymotiques. L'œil droit est aussi plus saillant que normalement, avec une ecchymose sous-conjonctivale. La vision de l'œil gauche est très diminuée, celle de l'œil droit est encore normale.

En même temps se produit un second accident hémophilique ; il s'agit d'un hématome du plancher buccal qui empêche le malade de fermer la bouche, et gêne la phonation et la déglutition.

Le malade est transporté d'urgence dans le service du Dr P.-E. Weil.

L'aspect du malade est effrayant. L'œil gauche est exorbité. La conjonctive, décollée par le sang autour de la cornée transparente, détermine un aspect très particulier d'ombilication. Les paupières sont tuméfiées, noirâtres, et l'hémorragie s'étend dans les téguments sus et sous-orbitaires. Elles ne peuvent être mobilisées et ne recouvrent plus le globe oculaire.

La protrusion de l'œil est considérable, et permet d'affirmer un épanchement rétro-orbitaire abondant.

La vision est faible, le malade percevant seulement la lumière.

Du côté de l'œil droit, tuméfaction des paupières qui ne peuvent se mobiliser spontanément. Ecchymose sous-con-

jonctivale dans l'angle externe. La vision est diminuée mais persiste cependant un peu.

Le malade affolé consent à perdre un œil, mais supplie qu'on ne le laisse pas devenir aveugle.

Dans la région sous-maxillaire le plancher buccal est déformé, globuleux, tendu, dur et douloureux.

La langue rejetée en haut, appliquée contre la voûte palatine, sort en partie de la bouche qui ne peut être fermée. La muqueuse du plancher est noire.

Le malade peut à peine parler, la déglutition est impossible, la salive s'écoule hors des lèvres entr'ouvertes.

Peu de fièvre : 38°.

Ces deux hémorragies semblent contemporaines, sans précession de l'une pour l'autre.

Devant cet état inquiétant, on pratique aussitôt une transfusion de 225 cmc. de sang (groupe IV), une injection de un centigramme de morphine, et on applique des compresse de sérum physiologique sur les deux yeux.

Le 21 décembre, l'état est moins inquiétant.

La tuméfaction de l'œil droit a diminué, les paupières s'entr'ouvrent, la vision est redevenue normale.

Du côté gauche, l'exophtalmie est toujours considérable. La conjonctive est complètement décollée et laisse suinter une sérosité sanguinolente. Les paupières sont tuméfiées, la perception de la lumière est conservée.

L'hématome du plancher buccal a cessé de progresser.

La langue peut être mobilisée, la parole et la déglutition sont possibles.

Le 22 décembre, grande amélioration. L'hématome buccal est en voie de résorption. Le malade peut parler et s'alimenter.

L'œil droit n'est plus que rougeâtre. Les paupières ne sont plus tuméfiées. La vision est normale.

L'évolution est moins favorable du côté de l'œil gauche. L'exophtalmie est toujours marquée, les paupières toujours noirâtres et gonflées ; en outre une petite ulcération commence qui décolle les tissus au niveau de la cornée transparente et laisse exsuder une sérosité sanguinolente.

Le Dr Magitot propose de pratiquer une tarsorrhaphie : 3 points de suture sont mis entre les deux paupières. L'opération a lieu sans hémorragie.

Au bout de deux jours, le 24 décembre, les fils sont retirés.

L'ulcération a diminué, il n'y a plus d'écoulement sanguinolent. Le globe oculaire gauche est rentré dans l'orbite. Tout est normal à droite, sauf des taches ecchymotiques des paupières. La vision a reparu, non seulement pour la lumière, mais pour les formes.

Le 27 décembre, tout est rentré dans l'ordre.

Il n'y a plus de trace de l'hématome buccal.

À droite, la vision est normale. Il n'y a plus qu'un peu de rougeur conjonctivale, et à gauche des traces de l'ulcération cornéenne.

Le malade quitte le service le 4 janvier 1927.

Il a été suivi et n'a plus eu d'accidents oculaires. Quelques hématuries se sont encore produites.

Le 17 novembre 1928, le Dr Magitot donne l'examen suivant :

O. D. : normal, acuité visuelle normale.

O. G : taie paracentrale de la cornée donnant un astigmatisme irrégulier qui abaisse l'acuité visuelle à 5/10. Fond d'œil normal.

Un examen de sang montre :

Un temps de saignement de 7', 15', 4'.

Une coagulation plasmatique en 7 heures avec rétraction normale du caillot blanc et sérum normal.

Hémarthroses hémophiliques.

Les hémarthroses nous apparaissent comme la plus fréquente des hémorragies hémophiliques et sont caractéristiques de la grande hémophilie.

Elles ne surviennent pas dans les cas légers, où le retard de coagulation ne dépasse pas une heure.

Elles sont une complication grave parce qu'elles peuvent faire des infirmes des malades dont elles ankylosent les membres en position vicieuse.

Aussi doit-on s'efforcer, par un traitement sérique continu (injection sous-cutanée de 20 cmc. de sérum sanguin tous les mois) d'éviter le retour des hémarthroses spontanées, et peut-être même aussi traumatiques.

En ce qui concerne le traitement des hémarthroses hémophiliques, soulignons tout d'abord le danger de la ponction, même suivie de l'injection intra-articulaire de sérum sanguin.

Quel que soit le degré de la distension synoviale, on ne doit jamais ponctionner ces épanchements sanguins. L'hémorragie se reproduit aussitôt plus abondante.

L'observation que nous rapportons ci-après en est un exemple.

Le traitement comprendra essentiellement :

- 1^o l'immobilisation pendant une dizaine de jours en bonne position dans une gouttière plâtrée. Cette immobilisation et le repos calmeront les douleurs ;
- 2^o l'application d'une vessie de glace à demeure sur l'articulation ;
- 3^o enfin une transfusion qui arrêtera les progrès de l'épanchement sanguin.

Sous l'influence de ce traitement, on voit le gonflement articulaire diminuer, puis disparaître en quelques jours. L'articulation retrouve peu à peu ses mouvements, et la mobilisation et la reprise de la marche referont bientôt les muscles.

Ainsi les séquelles seront-elles évitées et pourra-t-on obtenir la guérison.

OBSERVATION.

J... André, 19 ans.

Hémophile sporadique suivi par le Dr P.-E. Weil depuis mai 1930 et dont nous avons déjà parlé à propos de la chirurgie dentaire.

Le 14 mai 1930, le malade entre dans le Service du Dr P.-E. Weil, envoyé de l'Hôpital Saint-Louis pour un gros genou.

Le début de l'affection remonte au 7 mai. Subitement, sans aucun traumatisme, dans la nuit, le malade est réveillé par une douleur et de la tension dans le genou gauche. La veille il aurait eu un étourdissement, sans perte de connaissance.

Le 8 mai, les douleurs étant très violentes, la marche impossible, le malade entre à Saint-Louis.

Une ponction du genou ramène du sang.

On place alors un bandage serré autour de l'articulation, mais le pied se cyanose et oblige à enlever le bandage.

Aussitôt après, la tuméfaction et les douleurs reparais-sent.

Le malade est passé à Tenon le 14 mai.

A l'examen, le genou gauche est énorme, distendu, surtout sur sa face antérieure, avec une ecchymose sur sa face antéro-externe et à l'orifice de ponction.

Le reste de la peau est lisse, blanc, avec circulation collatérale.

La tumeur a une forme ovoïde, allongée de haut en bas.

Le tour du genou est de 47 cm.

Le tour du mollet est de 27 cm.

Le tour de la cuisse est de 40 cm.

Elle est chaude, tendue, dure, indolore.

Le reste du membre est normal.

Il existe quelques petits ganglions inguinaux indolores.

Le malade est très pâle ; le pouls est régulier à 128, la température à 38°.

Examen du sang :

T. S. : 5' $\frac{1}{2}$ - 3' $\frac{1}{2}$.

T. C. : Début en 3 h. 22, fin en 4 h. 15 après sédimentation de moitié.

Rétraction faible. Sérum normal.

Signe du lacet : négatif. B.-W. = 0.

G.R. : 3.790.000 H. : 60 G. B. : 18.300 V. G. : 0,8.

Evolution : le 14 mai, on met le genou dans un plâtre avec volet antérieur.

Le 15, transfusion de 300 cmc. (groupe IV) bien supportée.

Le 16, le genou s'est amélioré, il est moins chaud, moins tendu, indolore ; l'ecchymose est plus diffuse, jaunâtre.

Examen du sang (24 h. après la transfusion) :

T. C. : Après sédimentation d'1/3.

Coagulation plasmatique :

1^{er} tube : Début en 28', fin en 58',

2^e tube : Début en 37', fin en 1 h. 18.

Bonne rétraction. Sérum normal.

Le 18, poussée thermique à 40°5.

Le genou est douloureux. Le malade est très pâle.

Le 20, nouvelle transfusion de 300 cmc.

Examen du sang (avant la transfusion).

T. C. : Après sédimentation de moitié.

Coagulation plasmatique en 3 h. 45 et 4 h. 15.

G. R. : 3.180.000 H. : 50 G. B. : 18.300 V. G. : 0,8.

(6 h. après la transfusion) :

T. C. : Début en 1 h. 35, fin en 3 h. 35.

Sédimentation moins importante.

Dans les jours qui suivent, amélioration très nette.

Le 23 mai, examen de sang :

G. R. : 3.360.000 H. : 50 G. B. : 22.800 V. G. : 0,7.

Le 24 mai, le plâtre devenu trop grand est changé.

Le 26 mai, bon état général, teint normal ; genou mou et indolore.

G. R. : 4.180.000 H. : 60 G. B. : 12.300 V. G. : 0,7.

Le 20 juin, on enlève le plâtre.

En juillet 1930, guérison complète. Le genou a un jeu normal. Le malade quitte le service le 7 août, et, depuis cette date, il tient ses genoux soigneusement bandés, pour éviter une entorse éventuelle qui renouvellerait l'hémarthrose. Il a été revu le 26 janvier 1931 : genou gauche : aucun gonflement, bonne extension, flexion de 90°.

Il a encore été revu le 13 juin 1932. Le genou gauche présente alors une tuméfaction du condyle interne et de toute la partie interne de l'articulation. Pas d'épanchement, la flexion, un peu limitée, atteint 90°.

Arthropathie ankylosante hémophilique.

Kœnig a décrit l'ankylose comme stade terminal de l'arthropathie hémophilique.

Aujourd'hui on ne doit plus abandonner ces malheureux malades aux membres ankylosés en position vicieuse. Le traitement médico-chirurgical a changé la situation.

Nous prendrons comme exemple la plus fréquente des arthropathies, celle du genou, dont la fonction est si importante. L'articulation gonflée et douloureuse s'est ankylosée en demi-flexion. La jambe plus ou moins fléchie sur la cuisse ne permet qu'une marche pénible et fatigante sur la pointe du pied. Les muscles du membre inférieur sont atrophiés.

La radiographie ne montre pas d'ankylose véritable mais une décalcification importante des épiphyses, avec production d'ostéophytes, en même temps qu'un processus de raréfaction osseuse.

L'intervention chirurgicale est absolument indispensable. Il faut, sous anesthésie générale, redresser, avec la plus grande douceur, l'articulation fléchie.

On commence par accentuer doucement la flexion, ce qui permet de rompre quelques adhérences, puis

on continue par une extension vigoureuse mais non brutale.

On ne peut pas toujours obtenir la rectitude à la première tentative. Il faudra se contenter de ce qui est gagné, et remettre à plus tard le redressement complet de l'articulation.

On place alors le membre dans une gouttière plâtrée qu'on laisse deux mois environ.

On pratique une transfusion une heure avant l'opération, pour éviter autant que possible l'hémorragie articulaire. Malgré tout, il se produit souvent une hémorragie post-opératoire qui oblige à refaire le plâtre le lendemain.

L'amélioration fonctionnelle et organique se fait peu à peu avec la reprise de la marche.

Nous avons été surpris de voir des malades, dont les mouvements avant l'opération étaient nuls, retrouver peu à peu le jeu normal de leur articulation.

En quelques mois, la flexion du genou est passée de 180° à 90° et plus.

Les radiographies montrent que les surfaces articulaires se recalcifient, et, si le traitement sérique est suivi régulièrement, l'articulation, qui n'est plus le siège de nouvelles hémorragies, retrouve sa fonction, et les muscles reprennent à leur tour un volume normal.

OBSERVATION I.

C... René, 13 ans 1/2.

Grand hémophilo-hémogénique suivi par le Dr P.-E. Weil depuis juin 1927.

En janvier 1930, il fait un séjour dans le Service pour un volumineux hématome de la cuisse gauche ayant nécessité son incision.

Nous avons déjà rapporté l'histoire de cet accident (hémorragies des hémophiles).

Evolution : le 26 novembre 1930, il entre à nouveau dans le Service pour une hémarthrose traumatique du genou gauche. Le genou gauche est très gonflé, la palpation est douloureuse. Le malade accuse des élancements douloureux spontanés. La peau est chaude. Il existe des ecchymoses étendues sur la jambe droite.

Température irrégulière oscillant autour de 38°.

Un examen de sang montre :

G. R. : 3.980.000 H. : 60 G. B. : 13.600 V. G. : 0,75.
320.000 hémato blasts.

Le 27 novembre, le genou est immobilisé dans un plâtre et on commence un traitement sérique.

Le 1^{er} décembre, hémorragie intestinale de sang noir qui dure trois jours.

Le 4, léger épanchement du coude gauche empêchant l'extension.

Le 5, épistaxis légère.

Le 13, le genou qui avait été sorti du plâtre le 6 décembre (immobilisation de 10 jours) est à nouveau plus gros, plus chaud et plus douloureux. On immobilise par un pansement compressif.

Le malade a en outre un hématome de la crête iliaque gauche. Le coude gauche s'est dégonflé.

Le 20, nouvelle arthrite du coude gauche qui s'améliore en deux jours.

Le 8 janvier 1931, le malade se plaint à nouveau de son genou gauche qui est gros et fortement fléchi.

Le 14, son état s'étant encore aggravé, on pratique un redressement sous chloroforme et un plâtre.

Le 16, douleur légère dans le genou, gonflement marqué du pied, un peu de fièvre.

La pâleur du petit malade s'est accentuée et un examen de sang montre :

G. R. : 3.250.000 H. : 80 G. B. : 30.600 V. G. 0,8.

On fait alors une fenêtre sur la face antérieure du plâtre.

Le 17, l'œdème malléolaire persiste.

Température à 38°5. Pâleur très marquée.

Le 18, gonflement important du genou, augmentation de l'œdème malléolaire. Ecchymose à la face interne de la cuisse.

Episode fébrile à 39°8. Epistaxis. Durée 5 jours.

Le 23, le genou a nettement diminué de volume.

Température à 37°8.

Le 26 février, on enlève le plâtre.

Léger gonflement du coude droit.

Le 27, le genou est un peu douloureux et gonflé.

Le 28, le genou est un peu plus augmenté de volume et violacé. Le cul-de-sac sous-quadricipital est douloureux. Elévation thermique.

Le 1^{er} mars, le genou gauche s'est amélioré mais le malade présente un nouveau gonflement du coude droit.

Le 4, le coude est redevenu normal.

Le 14 mars, le genou s'est dégonflé progressivement.

Reprise des arthrites des coudes.

Le 5 avril, grande amélioration dans l'état du genou.

Le malade marche, il peut fléchir son genou d'environ 30°.

Depuis sa sortie du service, le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION II.

E... Robert, 10 ans.

Hémophile familial vu pour la première fois par le Dr P.-E. Weil en mai 1928.

Antécédents personnels : Premier accident hémophilique à 15 mois par une gingivorragie.

A 2 ans 1/2, arthropathie spontanée de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Guérison complète en une huitaine de jours.

Depuis des arthropathies nombreuses des poignets, des genoux, des coudes et des tibio-tarsiennes.

En février 1928, arthrite de l'articulation phalango-phalangienne de l'index gauche avec ecchymose.

En mars 1928, hémarthrose spontanée du genou droit.

Antécédents héréditaires et familiaux : Arrière grand-père maternel et un oncle du côté maternel hémophiles.

A l'examen, en mai 1928, le genou droit est augmenté de volume. La peau est normale mais les culs-de-sac synoviaux sont empâtés. L'épiphyse inférieure du fémur est hypertrophiée mais non douloureuse.

L'extension complète de la jambe sur la cuisse est impossible.

Examen du sang :

T. S. : 3'.

T. C. : 31' mais sédimentation secondaire.

Signe du lacet : faiblement positif ?

Le malade revient dans le Service du Dr P.-E. Weil le 7 février 1933 pour une nouvelle gingivorragie.

Le 15 février 1933, après transfusion préalable de 150 cmc., bien supportée, mais amenant néanmoins une demi-heure après une éruption prurigineuse fugace, le Dr Massart, sous anesthésie générale, redresse la jambe droite et met le membre dans un appareil plâtré.

Pendant l'anesthésie syncope nécessitant respiration artificielle et tractions de la langue.

La pince à langue ayant un peu déchiré l'organe, une hémorragie survient dans les heures suivantes, nécessitant une transfusion de 150 cmc.

L'écoulement sanguin cesse dans la nuit.

Le 18, l'hémorragie ayant repris légèrement, on fait une nouvelle transfusion de 300 cmc.

Léger œdème de la jambe plâtrée.

Le 21, devant la persistance de l'hémorragie linguale, on refait une transfusion de 300 cmc.

Le 22, l'hémorragie est définitivement arrêtée.

Le plâtre est enlevé environ un mois et demi après le redressement.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION III.

G... Jacques, 7 ans.

Hémophile sporadique vu pour la première fois par le Dr P.-E. Weil en février 1932.

Antécédents personnels : Début des accidents en 1930 par une hémarthrose.

Après une chute, gonflement brusque du genou gauche, de la cuisse et du mollet. Mollet très dur, mouvements limités du genou. Ecchymose.

Guérison en six semaines.

En juin 1930, mêmes accidents mais spontanés du côté droit ; durée 2 mois.

En juillet 1930, 15 jours après l'hémarthrose du genou droit, hémorragie buccale qui amène l'enfant aux Enfants-Malades.

Depuis il est suivi et traité par transfusions et injections sous-cutanées de sérum paternel.

Depuis ces accidents, arthropathies fréquentes des genoux et de la tibio-tarsienne droite. Gonflement, douleur, impotence fonctionnelle, durée 8 jours.

Ecchymoses fréquentes depuis l'âge de 6 mois.

Antécédents héréditaires et familiaux : La mère du malade, a des ecchymoses assez fréquentes, mais jamais d'accidents hémorragiques.

A l'examen, en février 1932, atrophie musculaire des cuisses.

Jambe gauche un peu déformée, concave en avant, genou gauche globuleux ; on trouve un épanchement ; mouvements un peu limités.

Rien du côté droit.

Examen du sang :

T. S. : 3'.

T. C. : plus de 6 heures, après sédimentation.

Signe du lacet : négatif.

Le malade est revu le 9 juin 1932.

L'interrogatoire de la mère du petit malade révèle que l'enfant présente souvent un peu de douleur et de gonflement des genoux (« épanchement de synovie »).

Les hémarthroses de janvier et de juin 1930 ont été précédées d'un accident de ce genre.

Les hydarthroses des genoux durent généralement cinq à six jours.

Le malade a présenté une fois une légère arthrite de l'épaule. Il vient d'avoir un hématome du bras gauche actuellement guéri.

Evolution : Le petit malade entre dans le Service du Dr P.-E. Weil le 2 novembre 1934 pour subir un redressement de ses deux genoux bloqués en flexion.

Après transfusion préalable de 50 cmc. et anesthésie au chlorure d'éthyle, le Dr Massart redresse les deux articulations fléchies et les met dans le plâtre.

Le 6, chute d'une dent, hémorragie légère.

Le 8, depuis la veille au soir 11 h., gingivorragie ayant pour origine une dent de lait qui remue.

Le 10, après avulsion l'écoulement sanguin s'arrête.

Le 23, le petit malade se plaint de douleur dans son genou droit. Transfusion de 50 cmc.

Le 24, le genou est gros mais les douleurs moins vives.

Le 26, le genou a encore augmenté de volume.

Les douleurs persistent. Fièvre légère.

Le 27, les douleurs se sont atténuées.

La joue droite est tuméfiée. Transfusion de 50 cmc.

Le 29, teinte ecchymotique de la joue.

Le genou a diminué de volume.

Cette amélioration du genou droit continue, et le malade peut quitter le service le 3 décembre.

On enlève les plâtres le 26.

L'atrophie musculaire est importante et les mouvements actifs des articulations encore très limités.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION IV.

V... Pierre, 9 ans.

Hémophile sporadique déjà soigné par le Dr P.-E. Weil.

En août 1930, l'enfant tombe sur son genou droit. Aussitôt, gonflement très marqué, genou globuleux. Le petit malade garde le lit pendant trois mois, mais le genou reste gros, en demi-flexion. La marche est très pénible, se faisant seulement sur la pointe du pied.

On décide alors l'intervention.

Evolution : Le 9 janvier 1931, une heure après transfusion préalable de 100 cmc. et anesthésie au chlorure d'éthyle, le Dr Massart redresse doucement la jambe droite et maintient la correction par un plâtre.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération l'enfant est très bien et ne se plaint de rien.

Le troisième jour, dans la nuit du 10 au 11 janvier, il ressent brusquement une vive douleur dans son genou.

Le lendemain matin la température est à 38°5.

Le pied est œdématié, la peau est chaude, sans rougeur.

On fait une fenêtre au plâtre sur la face antérieure du genou. Celui-ci apparaît alors très gros. La peau est chaude. Pas d'ecchymose.

Le 14 janvier, le pied est toujours œdématié.

Le genou est encore un peu augmenté de volume, chaud et douloureux.

On enlève le plâtre et on en refait un second avec volet sur la face antérieure de l'articulation.

Le 15, on pratique une transfusion de 120 cmc.

L'état du genou s'améliore et le malade est autorisé à quitter le Service le 20 janvier.

Cependant le membre reste en position vicieuse, la jambe faisant avec la cuisse un angle de 170° environ.

Il revient donc dans le Service le 9 avril 1931 pour qu'on redresse à nouveau son genou droit.

L'intervention est pratiquée une heure après une transfusion de 150 cmc. et anesthésie au chlorure d'éthyle.

Le membre est maintenu en rectitude par un plâtre.

Le lendemain, état général excellent, pas de fièvre, aucune douleur.

Dans la nuit du 3 au 4 mai le malade accuse des douleurs dans son articulation. Le lendemain matin, la température est à 37°, la douleur a disparu, mais le genou est gros, saillant par l'orifice du plâtre, chaud.

Dans la nuit du 5 au 6, vive douleur dans le genou.

On fend le plâtre sur sa face antérieure.

Transfusion de 200 cmc.

Le genou est très augmenté de volume.

Le 10, la température a un peu baissé.

Le genou a diminué de volume et n'est plus douloureux.

Le 15, la température est normale. Le petit malade peut soulever sa jambe.

Il est autorisé à quitter le Service le 28.

Il n'a pas été revu.

Myosite fibreuse post-hémorragique.

Il nous reste à étudier une complication de l'hémophilie, particulièrement grave au point de vue fonctionnel.

Il s'agit de la rétraction du triceps sural consécutive à une hémorragie intramusculaire.

A l'examen, on constate une atrophie de la jambe et de la cuisse par manque de fonction. Le genou est légèrement fléchi, mais le pied est en équinisme irréductible avec valgus léger, par rétraction du triceps sural.

La radiographie montre l'intégrité des articulations du pied. La marche est impossible parce que l'enfant ne progresse que sur la pointe du pied.

L'intervention chirurgicale est alors absolument indispensable.

OBSERVATION I.

Ce premier cas observé par le Dr P.-E. Weil fut malheureux.

Il s'agissait d'un enfant de 7 ans, grand hémophile (coagulation du sang en 3 heures) qui avait fait, avec des accidents multiples et récidivants hémorragiques, un hématome intramusculaire du triceps sural, deux ans aupara-

vant, lequel avait transformé le muscle en une bride fibreuse.

La marche se faisait sur les orteils.

Après correction de l'état hémophilique par un traitement sérique prolongé, le Dr P.-E. Weil se décida à la section du tendon d'Achille, qui fut faite dans un service d'orthopédie.

Après transfusion préalable, on pratiqua une ténotomie sous-cutanée, sans hémorragie, mais dans les jours suivants des hémorragies se produisirent. Les parents affolés retirèrent l'enfant de l'hôpital, et le petit malade mourut faute de transfusion.

OBSERVATION II.

P... Henri, 13 ans.

Grand hémophile sporadique dont nous avons déjà parlé à propos de la chirurgie dentaire.

Le 25 octobre 1930, le malade entre à nouveau dans le service du Dr P.-E. Weil pour ténotomie du tendon d'Achille.

Le pied droit est en valgus équin, le poids du corps portant uniquement sur la tête du premier métatarsien, laissant persister dans l'extension forcée un angle d'au moins 140°.

Le triceps est atrophié et la palpation de la loge postérieure de la jambe ne révèle qu'une bande fibreuse extrêmement dure.

L'extension du genou est limitée à 170°.

Cette infirmité remonte à l'âge de 7 ans.

A la suite d'un traumatisme (coup de pied) sur le mollet droit, gros hématome du triceps ayant nécessité une

immobilisation prolongée qui a déterminé cette myosite fibreuse rétractile.

Plusieurs radiographies du pied ont montré l'absence de lésions articulaires. Décalcification légère. Disposition spéciale du tissu osseux dense en stries transversales.

Examen du sang du 25 octobre :

T. S. : 2' $\frac{1}{2}$.

T. C. : coagulation plasmatique en 14 h. 20.

G. R. : 4.340.000 G. B. : 10.400

H. : 70 V. G. : 0,8

Après transfusion de 400 cmc. et anesthésie au chlorure d'éthyle, l'intervention est pratiquée par le Dr Massart :

1° Incision le long du bord externe du tendon d'Achille droit.

2° Avec le ténotome, section partielle du tendon qui donne 3 à 4 cm. de jeu au pied.

La rupture du tendon est complétée par pression sur le pied.

Le pied qui faisait un angle de 140° sur la jambe est redressé avec douceur puis plâtré.

Après l'opération l'extension du genou reste toujours limitée à 170°.

Suites opératoires excellentes : aucune complication hémorragique.

Le malade quitte le service le 8 novembre 1930.

Le plâtre fut laissé deux mois en place, puis la marche permise avec l'appareil.

Le malade a été revu le 25 février 1931.

Debout, le pied est à angle droit sur la jambe, mais tendance au valgus et pied plat.

Le mollet semble avoir repris un peu de volume.

L'articulation tibio-tarsienne et le genou ont recouvré un jeu normal.

Le tendon d'Achille est un peu plus souple.

Le 29 mai 1931, l'amélioration est nette.

Le malade marche normalement, les muscles de la jambe se sont refaits de façon appréciable.

Il a cessé d'être un infirme.

Conclusions.

I. — Si graves que soient les interventions chirurgicales, les hémophiles ne sont plus aujourd'hui, grâce aux injections de sérum sanguin et à la transfusion, des malades qu'on ne peut toucher, toute intervention mettant leur vie en danger.

Au contraire, l'abstention est souvent plus grave que les risques opératoires, témoin ce malade atteint d'ulcère gastrique qui meurt d'hématémèses, alors qu'un autre est sauvé par l'opération.

II. — Les interventions chirurgicales chez les hémophiles sont encore lourdes de responsabilité ; mais n'est-ce pas préférable d'intervenir que de laisser un hémophile mourir d'hémorragie ou d'infection ?

Le mieux est d'exposer aux parents la situation telle qu'elle est, et de leur demander de décider l'intervention et de partager notre responsabilité.

III. — Les risques opératoires sont minimes si le malade est préparé à l'opération par une transfusion corrective, et s'il est porteur de belles veines, qui lui permettront de recevoir autant de transfusions

qu'il sera nécessaire en cas d'hémorragies secondaires.

L'observation du jeune P... Henri, qui subit sept transfusions après l'avulsion de trois molaires, prouve qu'on peut venir à bout des pires éventualités.

IV. — La thérapeutique préventive est supérieure à la thérapeutique chirurgicale.

1^o Par exemple, il faudra conseiller aux hémophiles de se faire fréquemment examiner la bouche, quatre fois par an au moins, pour prévenir toute lésion dentaire sérieuse et les traiter afin d'éviter les extractions.

2^o Connaissant la gravité d'une opération faite sans suturer les plans superficiels, il est préférable d'opérer une appendicite à froid préventivement que d'intervenir d'urgence pour une appendicite suppurée ou gangréneuse semblable à celle dont nous avons rapporté l'histoire.

3^o Il faut donc appliquer à ces malades un traitement préventif pour éviter, autant que possible, les interventions chirurgicales, et n'avoir à pratiquer chez eux que des opérations bien réglées, sans drainage, avec suture immédiate de la paroi.

V. — Les interventions ne seront tentées que si les transfusions sont possibles.

Les contre-indications opératoires seront tirées, non de l'importance de l'opération et de la gravité des lésions sanguines, mais de la docilité et de l'état des veines du malade.

VI. — Chaque opération nécessite des précautions spéciales et la collaboration intime du médecin et du chirurgien. Il faudra, autant que possible, opérer ces malades en maison de santé, et les surveiller étroitement afin de pouvoir, s'il en est besoin, leur faire une transfusion sanguine qui les mettra à l'abri d'hémorragies capables d'entraîner la mort.

Vu : le Président de la thèse,
CLERC.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉCO. — Une observation à propos du traitement prophylactique de l'hémophilie post-opératoire. *Congrès français de médecine*, 1912-1913, XIII, p. 298.
- BROCA (A.) et WEIL (P.-Émile). — Le traitement de l'hémophilie par les injections et les pansements de sérum animal. *Société de Chirurgie*. Paris 1910, n° 37, p. 740.
- CARRIÈRE. — Rapport au Congrès de Médecine. Paris, 1907.
- CATZ. — L'hémophilie en chirurgie. *Bulletin général de thérapeutique*. Paris, 1909, CLVIII, p. 448.
- FEISSLY. — Contribution à la thérapeutique des accidents hémorragiques chez l'hémophile par la correction *in vivo* de la coagulabilité sanguine. *Presse médicale*. Paris, 1925, n° 33, p. 301.
- GASTINEL. — Traitement préventif de l'hémorragie dentaire *Semaine dentaire*, n° 3, 19 janvier 1930.
- GUIBAL. — L'hémophilie en chirurgie : un cas grave d'hémorragie post-opératoire guérie par la sérothérapie. *Archives de Chirurgie*. Paris, 1909, n° 18, p. 584.
- KERBOUL. — Hémorragies graves en pratique dentaire. Thèse, Paris, 1931.
- SCHAEFER. — Hématome buccal. *Revue de Stomatologie*, août 1909, p. 462.

- WEIL (P.-Emile), BOCAGE et ISCH-WALL. — Le syndrome de l'insuffisance hémocrasique du foie. *Presse médicale*, n° 52, 1^{er} juillet 1922.
- WEIL (P.-Emile) et ISCH-WALL. — L'hémophilo-hémogénie. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 18 octobre 1925.
- WEIL (P.-Emile) et MASSART (R.). — Les arthropathies des hémophiles. *Revue de Chirurgie*, n° 4, 1931.
- WEIL (P.-Emile) et STIEFFEL. — Un cas d'hémophilie symptomatique au cours d'un ictère lithiasique infecté. Transfusions. Opération. Guérison. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 15 janvier 1926, L, n° 2.
- WEIL (P.-Emile). — Etude du sang des hémophiles. *Bul. Soc. méd. Hôp.*, 26 octobre 1906.
- Hémostase chez les hémophiles. *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, mars 1907.
 - Traitement de l'hémophilie par les injections de sérums sanguins frais. *Congrès médical de Paris*, 1907.
 - Le traitement de l'hémophilie par la cure sérique continue. *Cong. méd. Paris*, 1910.
 - L'hémophilie. *Nouveau Traité de Médecine*, par Roger Vidal, Tessier, 1927, fascicule IX.
 - Accidents hémophiliques graves (hématome rétro-orbitaire, hématome du plancher buccal) arrêtés par la transfusion du sang. *Soc. méd. Hôp.*, 25 janvier 1929.
 - Remarques cliniques et thérapeutiques sur les hémorragies hémophiliques. *Presse médicale*, n° 17, 27 février 1929.
 - Traitement des hémarthroses hémophiliques. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CI, cahier 13, 10 juillet 1930.
 - Les interventions chirurgicales chez les hémophiles. *Presse médicale*, n° 54, 8 juillet 1931.

- Les hémorragies en pratique dentaire. *Bulletin médical*, 11 avril 1931.
- La coagulation du sang chez les hémophiles. *Le Sang*, t. VI, n° 3, 1932, p. 336-340.
- Les hémorragies post-opératoires, comment les prévoir et les prévenir. *Journal d'Urologie*, t. 38, n° 4, octobre 1934.

